

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE 167^{No}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

GASTON KARTOUZOU

Né à Bône (Algérie) le 8 Septembre 1898

Sur la Catatonie

Président : CLAUDE, Professeur

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1925

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

GASTON KARTOUZOU

Né à Bône (Algérie) le 8 Septembre 1898

Sur la Catatonie

Président: CLAUDE, Professeur

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1925

I. — PROFESSEURS



Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....
 Clinique médicale.....
 Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....
 Clinique chirurgicale.....
 Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique.....
 Clinique d'accouchements.....
 Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique podologique.....

MM.

NICOLAS
 C. N. O.
 Ch. R. CHET
 André BROCA.
 DESGÈZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ.
 SIARD.
 LECÈNE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTAZARD.
 MÉNÉTRIÉR
 ROGER.
 GILBERT.
 CH. UFFARD.
 ACFA D.
 WIDAL.
 MARFAN.
 NOBÉCOURT.
 H. CLAUDE
 JEANSELME.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 HARTMANN.
 LEJARS.
 GOSSET.
 De LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 BROCA Auguste.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DEVAL.
 SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
RAMI.....	Pathologie médicale.
RELAVE.....	Pathologie chirurgicale.
ROBERTIN.....	Pathologie médicale.
ROSSI.....	Pathologie chirurgicale.
ROUDOUIN.....	Pathologie médicale.
RONET.....	Physiologie.
ROUCHETIERE.....	Chimie biologique.
ROUSSEAU.....	Histologie.
ROULE.....	Pathologie médicale.
ROUSSET.....	Pharmacologie et matière médicale.
ROUSSEAU.....	Pathologie chirurgicale.
ROUSSEAU.....	Histologie.
ROUSSEAU.....	Pathologie médicale.
ROUSSEAU.....	Pathologie médicale.
ROUSSEAU.....	Hygiène.
ROUSSEAU.....	Anatomie pathologique.
ROUSSEAU.....	Médecine légale.
ROUSSEAU.....	Obstétrique.
ROUSSEAU.....	Pathologie médicale.
ROUSSEAU.....	Pathologie médicale.
ROUSSEAU.....	Pathologie expérimentale.
ROUSSEAU.....	Pathologie médicale.
ROUSSEAU.....	Urologie.
ROUSSEAU.....	Anatomie.
ROUSSEAU.....	Parasitologie.

MM.	
LABBE (Henri).....	Chimie biologique.
LARRIERE.....	Pathologie chirurgicale.
LEBOUR.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Otorhinolaryngologie.
LEMIERE.....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MCCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERE.....	Pathologie médicale.
RICHE (Fils).....	Physiologie.
ROUVIERE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
AMUS.....	Physiologie.
BOUGEROT.....	Pathologie médicale.
BOUENOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infar-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBREPANNE. Clinique chirurgicale in-
fantile.
PICUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
		l'adulte pour les accidentés du travail, les
		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

L'ar délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

*Témoignage bien faible de ma pro-
fonde gratitude.*

A MES FRERES, A MES SOEURS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CLAUDE,

Professeur de Clinique Psychiatrique,
Médecin des Hôpitaux et de l'Asile Sainte-Anne.

Que nous remercions bien vivement de nous avoir inspiré ce sujet, de nous avoir autorisé à travailler dans son service et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur agrégé DESMAREST.

M. le Professeur MENETRIER.

M. le Docteur ARROU.

M. le Professeur agrégé GARNIER.

M. le Docteur BAUMGARTNER.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Professeur de LAPERSONNE.

M. le Professeur SEBILEAU.

M. le Docteur DEVRAIGNE.

M. le Professeur NOBECOURT.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Professeur TEISSIER.

M. le Docteur MILIAN.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551626_0053

INTRODUCTION

Peu de questions ont été aussi controversées que celle de la démence précoce ; peu de questions ont incité les psychiatres à créer de vastes synthèses, peuplées d'états dissemblables ; les tentatives hardies de Kraepelin d'abord, de Bleuler ensuite en font foi.

Il n'entre nullement dans notre intention de résoudre le problème ardu que constitue la fixation des limites de cet état morbide. Nous nous proposons seulement, en nous fondant sur quelques observations, recueillies dans le service de notre maître, M. le Professeur Claude, et sur des cas similaires publiés par les auteurs, de montrer qu'on peut isoler un syndrome catatonique, qu'il serait excessif de rattacher uniquement à la démence précoce, dans l'état actuel de la question.

Certes, il ne s'agit pas de faire de la catatonie, comme le voulait Kahlbaum, une entité comparable à la paralysie générale. La pathologie mentale ne saurait encore prétendre, comme le reste de la médecine, à isoler des maladies bien déterminées, à frontières précises, et, si l'on excepte la maladie de Bayle, qui doit son autonomie à la localisation spéciale d'un agent microbien et à des altérations anatomiques particulières, on peut dire que la psychiatrie est un agrégat de syndromes.

Les nombreux travaux parus en ces dernières an-

nées sur l'aspect neurologique du syndrome catatonique et sur le rôle des lésions des régions optostriée et sous-optique dans le déterminisme de ce syndrome nous ont poussé à accorder une place assez longue à l'étude pathogénique de la catatonie. Cette question n'est assurément pas tranchée d'une manière définitive, il reste encore bien des inconnues; des contradictions ont été relevées, mais il n'est pas douteux, ainsi que le remarque M. le Professeur Claude, « que la psychiâtrie, en s'engageant dans l'étude de plus en plus précise des troubles fonctionnels des centres sous-corticaux, aura devant elle une voie où elle trouvera des matériaux destinés à fonder sur une assise plus solide les grands types nosologiques mis en relief par l'observation clinique ».

L'observation d'un de nos malades nous a conduit à faire quelques réflexions sur l'importance de la fausse simulation dans la catatonie. C'est là une question dont il est à peine besoin de faire ressortir l'intérêt médico-légal. Elle nous paraît avoir une autre importance, en ce sens qu'elle démontre la nécessité qui s'impose à tout médecin de posséder quelques connaissances en psychiâtrie. Et, en vérité, on peut se demander pourquoi l'étude des maladies de l'esprit paraît à certains moins essentielle que celle des maladies du corps.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

Les auteurs anciens avaient remarqué que des sujets, après une floraison intellectuelle plus ou moins complète, subissaient, à l'heure critique de leur développement, une atteinte morbide qui, très rapidement, les enrayait et les anéantissait mentalement.

On peut lire, dans l'article sur l'« Idiotie » d'Esquirol, les lignes suivantes : « Quelquefois les enfants naissent très sains ; ils grandissent en même temps que leur intelligence se développe ; ils sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, colères, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée ; l'esprit est actif. Cette activité n'étant plus en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'épuisent vite ; leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent : c'est l'idiotie accidentelle ou acquise ».

Ce sont les mêmes idées que Christian exprime dans un langage imagé : « Tel, au printemps, un arbre, chargé de fleurs, promet les plus riches récoltes ; tout d'un coup, la sève tarit, les fleurs se flétrissent et tombent sans avoir été fécondées, et il ne reste qu'un tronc desséché, à jamais stérile ».

En 1858, Morel décrivit les symptômes essentiels de la catatonie: négativisme (appelé par lui d'un mot bien approchant, le nihilisme), stéréotypies des attitudes, des gestes et du langage, catalepsie, explosions de rire, indifférence émotionnelle, disparition des sentiments de famille, etc...; il remarqua aussi la suggestibilité, les grimaces et tics bizarres, et jusqu'à la manière étrange de marcher, qu'il compare, chez une de ses malades, « à celle de *certaines automates mus par un ressort* ». L'illustre aliéniste français créa les termes de « démence précoce » et de « démence juvénile » pour caractériser « l'état mental des jeunes sujets dont les facultés intellectuelles subissent un temps d'arrêt et sombrent ensuite plus ou moins rapidement dans l'idiotisme le plus irrémédiable ».

Malheureusement, au lieu de faire de cette démence une maladie spéciale, Morel se contentait de l'assimiler à un stigmate tardif de dégénérescence et de la rattacher, à titre d'épisode terminal, à la folie héréditaire des dégénérés.

Il convient d'ajouter que le travail de cet auteur ne retint pas l'attention des aliénistes, préoccupés par les nouvelles idées sur l'hérédité et par la conception de la dégénérescence.

Quelques années plus tard (1863), Kahlbaum donna la description d'une maladie mentale, n'apparaissant qu'au moment et sous l'influence de l'évolution pubérale et se terminant rapidement par la démence: il la désigna sous le nom d'*hébéphrénie* (qui signifie étymologiquement: folie de la puberté).

Il se bornait à affirmer l'existence de cette forme nouvelle, à laquelle il assignait une place dans sa classification des maladies psychiques; il n'en donnait qu'une description sommaire, et son étude n'eut pas plus de succès que celle de Morel.

Les premières observations détaillées d'hébétéphrénie furent publiées en 1871 par Hecker, un des élèves de Kahlbaum. Hecker définit ainsi la maladie étudiée par son maître: « L'hébétéphrénie est une affection mentale qui débute à l'époque de la puberté, se manifeste par des alternatives ou une succession d'accès de manie et de mélancolie, et marche rapidement vers la démence ». Hecker signale la rareté des idées délirantes; cependant, des idées de persécution ou d'hypocondrie peuvent parfois constituer le résidu de la mélancolie dont fut atteint le malade. Un autre symptôme est mentionné par Hecker, c'est la confabulation.

Ainsi, pour ces deux médecins, ce qui donne à la maladie sa physionomie propre, c'est son apparition à l'époque de la puberté, c'est le lien étroit qui existe entre elle et cette période de l'évolution physiologique. Au surplus, dans la classification de Kahlbaum, l'hébétéphrénie figure parmi les *paraphrénies*, c'est-à-dire parmi les psychoses liées à une phase de cette évolution. Sous le nom de *Paraphrenia hebetica*, elle est rangée à côté de la démence sénile, *Paraphrenia senilis*.

C'est en 1874 que Kahlbaum décrivit la catatonie; son travail avait pour titre: « Die Katatonie oder das Spannungs-Irresein », c'est-à-dire: « La Catatonie

ou folie de la tension » ». C'est, disait-il, une maladie cérébrale particulière qui atteint surtout des sujets jeunes, *évolue d'une manière cyclique*, et dans laquelle les symptômes psychiques se succèdent sous forme de mélancolie, de manie, de stupeur, de confusion mentale (l'une ou l'autre de ces manifestations pouvant faire défaut), pour aboutir à la démence; aux symptômes mentaux se joignent des troubles du système moteur, présentant les caractères de la spasticité, ce qu'indique nettement le mot catatonie (*κατά τόνος* : en contraction).

Kahlbaum désire avant tout créer un pendant à la paralysie générale et, d'emblée, il appelle l'attention sur la valeur des symptômes somatiques. Et si, dans la maladie de Bayle, ces symptômes ont une importance très grande, le psychiatre allemand cherche à montrer que, dans la catatonie, il existe des symptômes musculaires non moins essentiels (*wesentliche symptôme*) et qu'ici comme là, ces troubles ont une signification intéressante quant à l'évolution totale du processus morbide.

La catatonie, ajoute-t-il, a une parenté étroite avec la *melancolia attonita* ou *attonitât* (stupeur mélancolique) que l'on a considérée comme une forme morbide spéciale, bien qu'elle ne paraisse que rarement d'une façon primitive et qu'elle se présente plutôt à la suite d'une mélancolie simple ou, comme c'est souvent le cas, à la suite d'une mélancolie suivie d'un état de manie. Dans les cas où cet accès maniaque manque, il y a eu souvent, dans les années antérieures, une crise de manie. La *melancolia attonita*

nita serait donc le troisième stade de tout le processus morbide. Si l'affection ne se termine pas par la guérison, alors la *melancolia attonita* passe à la démence, si bien que le processus complet comprend quatre stades: mélancolie simple, manie, attonîtât et démence.

Dans des cas très rares, c'est la mélancolie avec stupeur qui ouvre la scène: ce fait se présente surtout quand il y a eu des chocs violents, physiques ou moraux (frayeur intense, traumatismes, etc.).

Quelquefois, au milieu d'un long stade de manie (plusieurs semaines ou plusieurs mois), apparaissent quelques jours seulement de stupeur.

Un ou plusieurs stades peuvent manquer. La durée des stades est variable; dans la majorité des cas, c'est la stupeur qui persiste le plus longtemps. Mais il faut noter que la transition à la démence se fait d'une manière insensible.

La démence n'est cependant pas la terminaison uniforme de tous les cas de catatonie. La maladie peut, dans certains cas, dit Kahlbaum, aboutir à la guérison ou à la mort.

Ordinairement, le début se fait lentement et progressivement; puis la catatonie arrive à un stade d'acmé et redescend se perdre dans la démence.

Quant aux symptômes en particulier, ils n'ont rien de bien spécial, sauf cependant ceux de la phase d'exaltation. Comme ensemble, c'est ou bien de la mélancolie agitée ou bien l'excitation maniaque la plus violente, ou encore un délire systématisé (Wa-

hnsinn) plus fixe (idées de persécution). On rencontre alors quelques symptômes particuliers à la catatonie et qui peuvent servir à faire le diagnostic même avant le stade de stupeur. C'est le caractère pathétique, sous forme d'exaltation théâtrale, d'extase tragico-religieuse, que revêtent les paroles et les actes des malades. Ils déclament et récitent constamment en gesticulant, arrivant souvent même à l'idée qu'ils veulent être acteurs, voire qu'ils le sont. Ils disent des banalités, comme s'ils étaient convaincus qu'elles sont d'un intérêt capital pour l'humanité, ou bien parlent de choses très sérieuses bien au-dessus de leur profession et, sans délire de grandeur bien caractérisé, ils en arrivent à croire que le monde est particulièrement intéressé aux petits événements de leur existence.

Cette manie de déclamer, de réciter à haute voix diffère nettement du bavardage et des cris des maniaques ordinaires.

C'est dans cette période que s'observe un symptôme tout à fait spécial à la catatonie, à savoir la *verbigération*. C'est une répétition de mots et de phrases sans aucun sens ou sans suite, mais prononcés de la même manière que si le malade faisait un discours. Il importe de ne pas confondre ce symptôme avec la radoterie des déments loquaces, avec la manie ordinaire de réciter à haute voix, avec l'idéorrhée (*Ideenflucht*), avec la confabulation, qui se signale par son caractère d'imagination créatrice et fantaisiste (*phantastisch-productiver Inhalt*). Néanmoins, au cours de la maladie, la verbigération peut se trans-

former en l'une quelconque des autres formes.

Il faut noter, en outre, l'habitude remarquable qu'ont ces malades d'employer des diminutifs.

Kahlbaum a insisté sur la monotonie des actes dans la manie catatonique et sur la résistance qu'opposent les catatoniques lorsqu'on cherche à faire prendre à ces actes une autre direction.

Puis arrive la période de stupeur, caractérisée surtout par des phénomènes de négativisme: mutisme, refus de manger de s'habiller, etc... Le mutisme peut être absolu ou relatif; il peut être aussi intermittent; tantôt il est volontaire (dû alors à la crainte causée par une idée délirante ou une hallucination), tantôt il est involontaire (par absence d'idées et incapacité d'attention); tantôt enfin il demeure inexplicable. En effet, pendant cette période de stupeur, il peut y avoir absence d'idéation, arrêt de la pensée: il peut y avoir également, tout comme dans la mélancolie, des idées délirantes avec hallucinations. Il peut s'agir d'idées de grandeur, de naissance illustre, ou bien d'idées dépressives; de temps en temps, il semble s'agir d'idées assez gaies, du moins si l'on en juge d'après le rire qu'on constate par instants, chez certains malades. A noter la fréquence des idées religieuses et érotiques.

Le catatonique aime à rester au lit, refuse la nourriture (même dans le stade de manie), par peur du changement ou du mouvement, mais généralement sans raison, délirante ou non. Il a tendance à faire des gestes stéréotypés ou des grimaces spéciales,

en particulier à allonger la bouche en museau (Schnauzkrampf).

Très souvent, et surtout dans l'état de stupeur, on remarque une flexibilité cireuse des membres. On peut trouver aussi, et dès le début, des convulsions choréiformes, hystérieformes, épileptiformes, tétaniformes (convulsions partielles ou généralisées) et du trismus. Kahlbaum indique que ces convulsions remontent quelquefois jusqu'à l'enfance. Tels sont les symptômes qui doivent, suivant cet auteur, faire pendant à ceux de la méningo-encéphalite diffuse.

Kahlbaum parle également d'une catatonie épidémique; ils s'agirait là, suivant Séglas et Chaslin, d'une contagion hystérique.

Il signale l'importance et la fréquence excessive de la tuberculose pulmonaire et péritonéo-intestinale à l'autopsie des catatoniques, et il oppose cette fréquence à la rareté de la phtisie dans les autres formes mentales; il l'oppose également à la prédominance de la pneumonie dans la paralysie générale.

La communication de cet auteur passa presque inaperçue. Seuls Brosius, Kiernan et surtout Hecker, publièrent quelques observations de catatonie en 1877 et 1878.

Remarquons, avant de poursuivre cet exposé historique, que l'hébéphrénie et la catatonie étaient considérées jusqu'alors comme deux maladies distinctes, ayant chacune son autonomie; c'est surtout sur ce point qu'ont porté les critiques adressées à Kahlbaum et à Hecker. Disons toute de suite qu'il n'est

pas exceptionnel de rencontrer des malades qui présentent un syndrome catatonique pur; nous en donnerons plus loin quelques observations.

Dans la première édition de son « Traité des maladies mentales » (1879), Krafft-Ebing hésite à considérer l'hébéphrénie comme une espèce distincte; elle n'est, selon lui, qu'une psychose des dégénérés (*eine degenerative Psychose*). Dans la quatrième édition, parue en 1890, il accentue cette opinion; il pense que la démence ne survient chez les jeunes gens que lorsqu'il existait déjà une certaine faiblesse congénitale de l'intelligence. Sur les huit cas d'hébéphrénie qu'il a observés, il en note deux avec microcéphalie. Krafft-Ebing fait, d'autre part, de la catatonie de Kahlbaum une variété de folie circulaire.

Von Kinecker (1880), admet l'hébéphrénie, mais conteste l'existence de la catatonie.

En 1883, Kiernan signale la facilité de la simulation dans la catatonie, à cause des symptômes peu réguliers de la maladie.

Tamburini (1886), partage l'avis de Krafft-Ebing; il incline à envisager la catatonie comme une folie circulaire avec phénomènes catatoniques.

En 1888, paraît la critique de Séglas et Chaslin, que nous exposerons plus loin d'une manière plus complète et en la discutant. Ces psychiatres, comme les précédents, n'admettent pas la catatonie en tant qu'entité morbide: « Nous pourrions, disent-ils, répéter en substance, à propos de la catatonie, ce que disait autrefois Falret à propos de la catalepsie, que, dans la description de cette affection, on a réuni

des faits plus ou moins dissemblables à divers points de vue et qu'on a fait plutôt l'histoire d'un symptôme ou mieux d'un syndrome que d'une maladie véritable ».

Serbsky (1890) a signalé l'analogie de l'hébéphrénie avec la catatonie, dont elle présente souvent les symptômes. Il prétend qu'on rencontre, isolés ou réunis, les divers signes de la catatonie dans toute une série de psychoses aiguës et chroniques et que, d'autre part, la marche cyclique n'est pas caractéristique de la maladie de Kahlbaum. Il cite plusieurs cas de catatonie où manque cette évolution. Mais il importe de remarquer que Kahlbaum lui-même a appelé l'attention sur ce point.

Les conceptions de Kraepelin (1899), introduisent un profond changement dans l'étude de la catatonie. La définition qu'il en donne est tout à fait différente de celle de Kahlbaum. Cette maladie se manifeste pas des états primaires d'excitation accompagnés d'idées délirantes confuses, de quelques troubles sensoriels et des manifestations de la stéréotypie et de la suggestibilité, les mouvements expressifs et les actions évoluant vers la stupeur et, plus tard, vers la faiblesse d'esprit. Kraepelin supprime les stades successifs de mélancolie, de manie, etc...

La démence précoce qui, primitivement, fut considérée comme synonyme de l'hébéphrénie, est élevée par le professeur de Munich au grade de maladie générale. Se fondant sur leur analogie d'évolution, leur apparition chez des sujets jeunes et leur pronostic également fâcheux, il proposa d'envisager

l'hébéphrénie et la catatonie comme de simples formes cliniques d'un même processus mental. A ce processus, il rattachait en outre les délires hallucinatoires à évolution démentielle, troisième forme clinique de la même affection.

Pour Kraepelin, le principal fondement de l'hébéphrénie, de la catatonie et de la démence paranoïde (délires hallucinatoires à évolution démentielle), est d'être caractérisées par le développement rapide d'un état durable de faiblesse mentale, sans système délirant cohérent.

Ainsi était constituée une entité nouvelle, la démence précoce, avec ses trois formes : hébéphrénique, catatonique et paranoïde. La catatonie a perdu son caractère de maladie propre : c'est un syndrome qui se rencontre aussi dans l'hébéphrénie et les formes paranoïdes. Le caractère artificiel de la division établie par Kraepelin est évident.

Mais ne n'est pas tout : la démence précoce de Kraepelin est une vaste synthèse où, comme le dit Mlle Pascal, « se fondent et se confondent la stupidité de Morel, l'hébéphrénie de Kahlbaum et de Hecker, la catatonie et l'héboïdophrénie ou héboïd (forme légère, curable, d'hébéphrénie) de Kahlbaum, les démences vésaniques, la paranoïa aiguë, les délires polymorphes des dégénérés et les délires systématisés hallucinatoires ».

Manifestement audacieuse, la synthèse kraepelinienne ne fut pas sans soulever de vives objections. S'il paraissait, en effet, légitime d'unir dans une même description l'hébéphrénie et la catatonie, il

était plus difficile d'englober dans la démence précoce la totalité des délires hallucinatoires.

Aussi, tout en admettant dans ses grandes lignes la forme paranoïde, les psychiatres français en retranchèrent-ils les délires systématisés chroniques. Kraepelin, d'ailleurs, devait plus tard se ranger à cette opinion et, dans la huitième édition de son traité, on le voit écarter de sa description ces délires, qu'il classe à côté de la démence précoce, mais dans un cadre spécial, sous le nom de paraphrénies.

CHAPITRE II

L'HÉBÉPHRÉNO-CATATONIE

Gilbert Ballet et Dupré ont réuni l'hébéphrénie et la catatonie sous le nom d'hébéphréno-catatonie. Ce que l'on observe communément en clinique, en effet, ce sont des cas d'hébéphréno-catatonie, dans lesquels se fusionnent les syndromes hébéphrénique et catatonique.

Cette variété clinique, qui atteint des sujets jeunes et qui évolue rapidement vers la démence, correspond à la démence précoce type Morel (seule démence précoce vraie). L'affaiblissement très prompt de l'intelligence est le caractère essentiel de la maladie, ce qui explique le grave pronostic qu'elle comporte.

L'hébéphréno-catatonie est caractérisée :

A) Par des réactions motrices et affectivo-motrices automatiques et de sens contraire (états d'excitation, de dépression et de stupeur; négativisme, suggestibilité, stéréotypies). Nous étudierons en détail ces phénomènes quand nous nous occuperons du syndrome catatonique.

B) Par des troubles intellectuels : incohérence; idées délirantes polymorphes, absurdes, contradic-

toires, mobiles, ne tendant pas à la systématisation, et souvent accompagnées d'hallucinations; un élément confusionnel est parfois surajouté à ce délire. Ces idées délirantes sont des idées de grandeur, d'énormité, de mysticisme, de persécution, de culpabilité, de ruine physique ou morale; les préoccupations hypocondriaques, les idées érotiques sont fréquentes.

Les hébéphréno-catatoniques sont peu ou pas désorientés; ils le sont moins que les catatoniques. Ils ont une humeur variable. Leur intelligence, leur volonté sont plus rapidement et plus profondément troublées que leur mémoire. Leur langage parlé ou écrit est bizarre, désordonné, prétentieux, riche en mots insolites ou étrangers.

Ils ont un facies particulier: ce n'est ni le facies atone, figé, étonné du confus, ni le facies contracté, triste, douloureux, du mélancolique; c'est un facies neutre, niais, indifférent; on y note même parfois une expression bizarre, paradoxale, sarcastique.

La dépression où sont parfois plongés ces malades est marquée par une lenteur et une hésitation des mouvements, une répugnance à se déplacer, à répondre aux questions. Quand cette dépression s'exagère, elle aboutit à la stupeur.

Quant à l'agitation qui accidente l'existence de ces sujets, elle est toujours associée à une excitation intellectuelle plus ou moins prononcée.

Les troubles intellectuels déterminent, chez ces malades, des réactions variées: fugues, impulsions

soudaines, actes de violence, vagabondage, tentatives de suicide, etc...

Si l'intelligence est altérée dans l'hébéphrénocatatonie, l'affectivité ne l'est pas moins; la démence précoce fait partie des démences affectives, elle se signale par des troubles profonds des sentiments et des émotions. Cette déchéance affective se traduit par de l'indifférence, de l'apathie, ces malades s'accommodant de tout, ne réclamant jamais leur sortie de l'asile; par une antipathie non motivée; par la perte des sentiments sociaux, notamment des sentiments de famille, la perte des sentiments moraux, esthétiques. Ces troubles affectifs sont précoces; ils font partie des « signes d'alarme » de la démence précoce.

La perte des sentiments de famille est tout à fait typique; elle va même, dans certains cas, jusqu'à la haine. Les malades qui portaient le plus d'affection aux leurs semblent alors les ignorer complètement; jamais ils ne s'informent de leurs parents ou de leurs enfants, jamais ils ne demandent à les voir. Quand on a recours à l'expérience qui consiste à annoncer à ces malades le décès d'un membre de leur famille, on est surpris de constater qu'ils ne manifestent aucune réaction; ou bien encore, ils trahissent une émotion si fugace qu'elle est oubliée quelques instants après. Une malade, à la nouvelle que son frère était mort, éclata de rire, exprimant la joie qu'elle éprouvait à avoir bientôt des lettres bordées de noir.

Le terme « hébéphrénocatatonie » est quelquefois remplacé en France par celui de « folie discordan-

te » (Chaslin), qui a surtout l'avantage d'être bien adapté aux cas qu'il désigne, car une des caractéristiques principales de l'hébéphrénocatatonie est précisément la discordance ou *dissociation* (Claude, Lwoff et Targowla), ou ataxie intra-psychique (Stransky).

La dissociation qui existe entre les manifestations de la maladie est marquée, non seulement par le défaut de concordance entre le ton émotionnel, la mimique, l'attitude et les troubles moteurs, mais encore par un véritable contraste entre les différents symptômes, contraste qui fait que, dans le même temps, le malade rit avec une attitude triste, intercale dans un débit incohérent une phrase sensée et juste, exprime de vagues idées mélancoliques en faisant des jeux de mots, prend un air de colère en tendant une fleur, affecte un ton théâtral ou grandiloquent pour dire des choses insignifiantes, se déclare mort avec des gestes maniérés et mièvres. Tel malade prétend adorer sa mère et refuse de la voir ou lui dit des injures, tel autre manifeste le désir de manger et jette à terre la nourriture qu'on lui présente, ou encore éclate de rire au milieu d'une conversation sérieuse ou triste. Parfois les malades expriment simultanément des idées de richesse et de pauvreté, d'orgueil et d'indignité. Certains d'entre eux paraissent incapables de suivre un raisonnement simple et pourtant on est frappé un jour de remarquer la justesse de leurs conceptions philosophiques ou la qualité de leurs productions littéraires ou artistiques.

Certains malades ont absolument l'apparence de « déments précoces » ; il y a, chez eux, une véritable « dislocation » des fonctions psychiques ; ces sujets se négligent totalement, au point de refuser toute nourriture et de présenter du gâtisme ; ils ne répondent pas aux questions, ou font des réponses à côté ; ils rient et pleurent sans motif apparent. Et pourtant l'interrogatoire démontre parfois l'existence d'une pensée autiste (on entend par autisme « le fait que les malades rompent avec la réalité et ne vivent plus que d'une vie intérieure » *Bleuler*). Il n'y a pas de démence vraie et les fonctions psychiques sont capables, à la faveur de l'éthérisation, de contribuer à une synthèse normale. Ces malades-là sont des *schizophrènes*, au sens où l'entendent M. Claude et ses élèves. « La forme hébéphréno-catatonique, dit M. Claude, doit être distinguée nettement des schizophrénies ».

Il est intéressant de signaler les résultats qu'ont obtenus MM. Tinel et Santenoise dans leurs études sur le tonus neurovégétatif dans les diverses catégories de psychoses. Que les malades soient calmes ou agités, ces auteurs ont noté, chez les déments précoces, un syndrome caractérisé par une atonie irréductible du système neuro-végétatif. Les réflexes oculo-cardiaque et solaire sont nuls, et les agents pharmacodynamiques restent sans action. D'après MM. Tinel et Santenoise, l'inexcitabilité des systèmes sympathique et parasympathique est assez caractéristique de la démence précoce vraie.

Le sort des hébéphréno-catatoniques est extrême-

ment fâcheux : après un laps de temps variable, marqué par des alternatives d'aggravation et d'amélioration relatives, au cours desquelles les symptômes hébéphréniques et catatoniques se sont plus ou moins succédé, intriqués ou associés, les délires s'effacent plus ou moins ; l'affaiblissement psychique s'installe avec les caractères de la démence apathique, ou — moins souvent — de la démence agitée.

Voici trois observations typiques d'hébéphréno-catatonie :

OBSERVATION I (Personnelle)

Madame Jah..., 32 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 4 juillet 1924.

Certificat de placement d'office : « ... Madame Jah... présente des troubles mentaux caractérisés par des attitudes catatoniques, des stéréotypies du mutisme, du refus d'aliments ; elle se précipite toute nue dans la cour des chalets, elle va se coucher dans le lit d'une malade... »

Certificat immédiat (5 juillet 1924) : Présente un syndrome caractérisé par du mutisme presque complet, avec aspect d'indifférence émotionnelle alternant avec des sourires maniérés, des grimaces, des éclats de rire. Stéréotypies d'attitudes et de gestes. Persévération des attitudes.

Certificat de quinzaine : La malade est dans le même état qu'au moment de son entrée. Mutisme complet alternant avec un bavardage incohérent. Sourires maniérés, grimaces, stéréotypies, persévération des attitudes. Démence hébéphréno-catatonique probable

Examen à l'entrée. — La malade dit son nom, son âge, l'année de sa naissance, mais ne connaît pas l'année actuelle ; elle est désorientée, non seulement dans le temps, mais aussi dans l'espace.

Elle nous apprend qu'elle n'exerce aucune profession, qu'elle est mariée depuis six ans et qu'elle a un enfant de deux ans.

Elle est difficile à interroger; elle est indifférente à l'examen et ne fait aucun effort mental. Mutisme presque continu.

La malade se laisse mouvoir automatiquement; elle est docile, suggestible. Elle fait des grimaces, fronce les sourcils, cligne des paupières, esquisse des sourires discordants. Elle a des extases momentanées regarde le ciel; elle fait la moue, éclate de rire, puis se met à peurer.

On note des stéréotypies de gestes (gestes des doigts, des mains), des attitudes catatoniques.

Pas de signes d'émotion, d'état affectif.

Négativisme par intervalles.

Lors de la dernière visite de son mari, la malade lui a dit: :« Tu peux t'en aller, je n'ai pas besoin de toi. »

Le mari nous informe que, dès le mois d'avril, la malade ne mangeait pas, dépensait beaucoup; elle était gaie, mais ne riait pas sans motif. Il ajoute que sa femme n'a pas eu d'ennuis et il ignore le début des troubles que nous avons constatés. La malade n'en voulait pas à son époux, elle ne nourrissait à son endroit aucune jalousie. Cet état incite le mari à envoyer sa conjointe à la campagne; à son retour, au mois de mai, notre malade se lève la nuit, boit un verre d'eau et lance le verre par la fenêtre, sans donner d'explication de son geste; puis elle se lève pour écrire et se recouche; elle se lève une deuxième fois, prend le vase de nuit et veut en boire le contenu.

Elle est allée alors consulter à la Salpêtrière, où elle était soignée, depuis le 5 mai; pendant un mois, elle y est restée tranquille, mais elle a eu ensuite des impulsions violentes; elle se promenait toute nue.

La malade n'a jamais exprimé d'idées de persécution ni d'idées délirantes d'aucune sorte. Elle a essayé de se jeter par la fenêtre, au moment de son placement à la Salpêtrière.

Avant ces accidents, elle était normale; on note seulement qu'elle a toujours été un peu nerveuse, coléreuse, instable. On ne relève aucun facteur héréditaire. La malade a eu un enfant, mais n'a pas fait d'avortement.

Depuis le début de sa maladie, elle est devenue indiffé-

rente; elle demande cependant quelquefois des nouvelles de son enfant.

17 juillet. — *Ethérisation*: Sommeil normal, tendances syncopales, pouls petit. Obnubilation profonde, regard fixe. Conservation des attitudes. Facies figé, immobile. Insensibilité des membres au pincement, à la piqure.

Au moment du réveil, légère diminution des attitudes cataleptiques.

Aucune réponse aux sollicitations. Sourires niais. Quand on pose des questions à la malade, elle répond: « Je ne sais pas ». Inattention, torpeur. Absence d'idéation. Élément confusional surajouté à l'affaiblissement psychique habituel.

19 juillet. — Même état. Grimaces, sourires maniérés; un peu d'échopraxie. Aspect indifférent et stupide. La malade refuse de répondre aux questions; par instants, elle bavarde à mi-voix et d'une manière incohérente.

24 novembre — La tête enfouie sous les couvertures, la malade est opposante et garde un mutisme presque absolu. Indifférence émotionnelle.

16 janvier 1925. — Mêmes attitudes stéréotypées. Tendance aux fugues. Par instants, cris et turbulence non motivés. La malade crache sur tous les visiteurs. Inactivité absolue. Conservation des attitudes. Marmottement inintelligible.

OBSERVATION II (Personnelle)

Mademoiselle Hug..., 19 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 9 octobre 1924.

Réquisitoire de l'hôpital Lariboisière: «... Mademoiselle Hug... présente un *état démentiel* avec attitudes stéréotypées, gestes discordants, mutisme complet et refuse de s'alimenter tout en acceptant l'alimentation donnée par une infirmière. Cet état démentiel rend la malade dangereuse pour elle-même et pour son entourage et nécessite son placement dans un asile spécial. »

Certificat immédiat (10 octobre 1924): Présente un état

confusionnel avec mutisme, catatonie, rires sans motif, stéréotypies. Démence précoce probable.

Certificat de quinzaine: Est atteinte d'hébéphrénie Mutisme, conservation des attitudes. Stéréotypies, Gâtisme. incurie indifférence.

La mère de la malade nous raconte que celle-ci est née à terme, qu'elle n'a pas eu de convulsions, qu'elle a toujours été normale; elle est allée à l'école, dit-elle, jusqu'à l'âge de quatorze ans et a toujours été la première de sa classe. La malade était affectueuse, douce, sensible, inquiète, plutôt tranquille, mais très gaie, très vivante.

Après 14 ans, la malade a été reçue troisième à l'école Edgar-Quinet, mais a renoncé à l'Ecole Normale, trouvant les études trop longues. Elle a préparé le Brevet supérieur, elle a beaucoup travaillé et s'est fatiguée. En 1923, elle a subi un échec; l'année suivante, elle s'est de nouveau surmenée.

Au mois de juillet dernier, elle parlait moins elle était déprimée, négligente; elle faisait des gestes stéréotypés (mettait la main sur les yeux); elle avait conscience de la transformation qui s'opérait dans son état psychique.

Puis elle s'est rapidement affaiblie, elle a eu de l'insomnie. Elle s'alimentait mal. Sa tenue était négligée. Elle manifestait de l'indifférence vis-à-vis de sa famille; cependant, elle caressait puérilement son père, l'appelant « mon petit papa »

Elle riait sans motif et pleurait dès qu'elle entendait de la musique

Elle a fait une fugue, très courte d'ailleurs, mais n'a pas eu d'impulsions et n'a pas déliré.

Au mois de septembre, le gâtisme s'est ajouté à ces divers troubles. Depuis ce moment, la malade s'est renfermée dans un mutisme complet.

Son entourage a remarqué qu'elle était devenue insensible, qu'elle ne réagissait pas, par exemple, au pincement.

Au mois d'octobre, à l'hôpital Lariboisière, elle a gardé les yeux fermés durant quinze jours.

On ne relève pas, dans l'histoire de cette jeune fille, de choc affectif.

12 octobre. — La malade est inerte, immobile; presque stupide, avec des attitudes raides. Elle est docile, sugges-

tible. Elle a des rires « explosifs » sans aucun motif apparent. Son faciès est inexpressif. Attitudes cataleptiques très longtemps conservées. Elle tire la langue quand on le lui demande, mais des instances réitérées ne la font pas se départir de ses attitudes cataleptiques; ou bien elle ne les quitte qu'avec une extrême lenteur et d'une manière, en quelque sorte, saccadée.

Mutisme coupé de rires. Maniérisme par intervalles. Quelques moues, grimaces ébauchées.

Mouvements de balancement d'avant en arrière. Stéréotypies pendant la marche.

On remarque un relâchement des masses musculaires, une flaccidité qui contraste avec les attitudes cataleptiques.

La malade s'alimente, dort bien, mais elle gâte.

13 octobre. — Stéréotypies de gestes (mouvements de pronation et de supination des mains). Docilité morbide aux commandements.

Ethérisation: Anesthésie normale et rapide. La malade indique son nom, son âge, son adresse, dit qu'elle habite avec sa famille, que son père est frotteur, qu'elle a fréquenté l'école.

Deuxième dose d'éther: Mutisme absolu, rires explosifs.

18 octobre. — Stupidité complète. On doit faire manger la malade; elle mange gloutonnement.

12 novembre. — Les différents symptômes catatoniques déjà mentionnés persistent. La malade est indifférente. Elle a eu ce matin une syncope de quelques secondes; le pouls est maintenant bien frappé et régulier.

22 novembre. — Aucune modification dans l'état hébéphrénocatatonique; cependant, le négativisme s'est exagéré la malade refuse de s'alimenter. A signaler un léger mâchonnement continu. La malade n'obéit pas aux ordres, mais se laisse conduire.

22 janvier 1925. — On remarque un tremblement des paupières, un museau en « groin ». La malade marmotte d'une façon inintelligible. Elle paraît s'intéresser aux faits et aux paroles de sa voisine, à qui elle dit quelques mots incompréhensibles. Aspect floride; visage pâle et œdématié.

OBSERVATION III (Personnelle)

Madame Togn..., 24 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 24 octobre 1924.

Certificat d'entrée : «... Mme Togn... est atteinte de troubles mentaux, avec confusion mentale, stupeur, négativisme, mutisme complet, crises vespérales d'agitation au cours desquelles elle veut s'enfuir et frappe les infirmières chargées de la garder. Son état nécessite son passage dans le service fermé de la clinique. »

Certificat de quinzaine (7 novembre 1924) : Présente du mutisme avec résistance à l'examen; opposition, agitation par intervalles; rires subits non motivés. Hébéphrénie probable.

Ethérisation (24 octobre). — Avant l'anesthésie, la malade pleure, appelle sa mère, se lamente: « Si, je veux répondre ». Grosse résistance à admettre le masque. Cris.

Au moment de son réveil, la malade sourit, puis elle pleure; elle réclame sa mère indéfiniment, sur le thème invariable de la plainte.

17 novembre. — Mutisme acharné, opposition à tout examen physique ou psychiatrique. Rires non motivés à caractère explosif. La malade s'alimente bien. Gâtisme épisodique; la malade doit être conduite aux cabinets

Attitude concentrée; masque de mélancolique plutôt que de confuse. Possibilité d'idées délirantes sous-jacentes.

La malade ne répond pas aux sollicitations extérieures (pincement, chatouillement, froid, etc...).

Stéréotypies mimiques et verbales.

1^{er} décembre. — Persistance du négativisme, du mutisme; conservation des attitudes. Agitation catatonique par instants: cris, vociférations inintelligibles et sans motif.

28 janvier 1925. — Indifférence; désordre dans la tenue. Tous les soirs, vers huit heures, la malade soliloque. Propos érotiques et orduriers. Impulsions violentes; la malade jette les affaires qu'elle trouve sur les tables de nuit, lance une table contre le lit de sa voisine.

Elle mange avec sa mère toutes les provisions qui lui sont apportées.

CHAPITRE III

LA CATATONIE

La catatonie, telle qu'elle a été décrite par Kahlbaum, semble avoir été entrevue avant lui par différents auteurs. C'est ainsi, par exemple, que Sydenham note que la stupidité s'installe fréquemment après une phase de manie ou de mélancolie ; que Spurzheim remarque que beaucoup de jeunes filles « ayant des dispositions précoces » présentent un état mélancolique aboutissant à la démence. Mais ces médecins ont signalé ces faits sans leur attribuer d'importance.

On peut ajouter que Delasiauve, vers 1852, constate chez de jeunes aliénés une alternance de phases de stupeur extatique et d'agitation turbulente, avec gestes affectés et grotesques, rires convulsifs et impulsions.

Quoi qu'il en soit, la maladie de Kahlbaum est un syndrome qui, par certains côtés, rappelle l'héréphrénie, mais s'en distingue par trois caractères fondamentaux :

- a) L'importance considérable des troubles psychomoteurs (contractures spéciales, etc...).
- b) L'évolution cyclique.

c) L'inconstance de la terminaison démentielle.

Nous avons déjà indiqué brièvement, en faisant l'étude historique de la question, les objections qui ont été faites à cette conception. Nous en retiendrons uniquement celles qui ont été exposées par Séglas et Chaslin dans leur revue critique de la catatonie

Après avoir rappelé les vues de Kahlbaum, ces auteurs concluent: « En résumé, nous nous trouvons en face de ces deux opinions: ou bien la catatonie est une forme morbide essentielle, ou bien les cas rangés sous cette étiquette ne sont que les variations de types déjà connus et décrits ».

On peut diviser en deux parties leur étude:

1° La première partie de leur argumentation peut se résumer de la façon suivante: de ce que les phénomènes catatoniques, pris isolément, se rencontrent dans une multitude d'affections vésaniques, ces auteurs concluent qu'ils n'ont rien de caractéristique, « en sorte que, poursuivent-ils, nous pouvons dire avec Arndt que la folie de la tension n'est pas une maladie, mais peut se développer sur les terrains les plus divers et sous les causes les plus variées ».

Ils font remarquer que, parmi les signes donnés par Kahlbaum comme spéciaux à l'affection qu'il a étudiée le premier, il n'en est pas un qui mérite l'épithète de pathognomonique: la verbigération, par exemple, peut se rencontrer dans d'autres états, en particulier dans la paralysie générale; les gestes stéréotypés sont fréquents dans des cas d'affaiblissement mental avec ou sans délire, lequel, lorsqu'il

existe, les explique souvent. Il en va de même des attitudes pathétiques, de l'entêtement et de la résistance systématique qui se rencontrent dans les états mélancoliques, au point que Guislain a donné à la mélancolie le nom de folie d'opposition; il existe aussi du mutisme dans la mélancolie.

Passant à un autre ordre d'idées, Séglas et Chaslin ne voient rien de caractéristique dans cette évolution cyclique, sur laquelle Kahlbaum a attiré l'attention, tout en ajoutant qu'elle peut manquer dans certains cas; les états variables par lesquels passe le malade n'ont rien de régulier dans leur mode d'apparition ou de succession.

2° Mais si les symptômes de la catatonie considérés isolément, ne sont nullement spécifiques, en est-il autrement de leur ensemble? « En principe, disent ces auteurs, pour qu'une réunion de symptômes non caractéristiques par eux-mêmes puisse constituer un tout pathologique essentiel, il faut qu'ils affectent entre eux des rapports étroits de nature, d'origine, de succession, de causalité, de telle sorte que, malgré des variations inévitables, on puisse toujours saisir leurs rapports, reconnaître leur filiation et les rapporter à un type primitif défini, et à une même cause supérieure. Or ici, ce n'est pas cela; nous voyons bien dans la description de la catatonie une coexistence, mais non une association ou une combinaison de symptômes ».

Séglas et Chaslin rapportent, d'autre part, à l'hystérie un grand nombre de symptômes attribués à la catatomie.

Voici comment il nous semble qu'on peut répondre à ces objections :

1° Suffit-il que certains symptômes d'une maladie puissent s'observer dans différents états pathologiques, pour dire qu'ils n'ont rien de caractéristique et surtout pour en déduire que cette maladie n'existe pas en tant qu'entité morbide? Cette opinion nous semble excessive. En effet, le tremblement de la sclérose en plaques se retrouve dans l'intoxication hydragyrique chronique, la démarche cérébelleuse de certains sujets atteints de cette sclérose disséminée s'observe chez les cérébelleux, la démarche spasmodique que présentent d'autres scléreux en plaques est commune à toutes les paraplégies spasmodiques; de même, certains paralytiques généraux parlent lentement, d'une façon saccadée, spasmodique, tout comme les malades frappés par la sclérose multiloculaire. L'exagération des réflexes tendino-périostés est-elle plus particulière à la maladie décrite par Vulpian et Charcot? Pas le moins du monde. Le nystagmus lui-même est aussi un élément du syndrome cérébelleux.

Et pourtant la sclérose en plaques est une maladie indiscutable.

2° Si maintenant nous considérons, non plus des symptômes isolés, mais un groupement de symptômes particuliers à un état pathologique, nous remarquons de nombreux exemples de maladies qui, d'une part, existent pour leur propre compte et, de l'autre, se manifestent d'une façon plus ou moins

intégrale dans d'autres états pathologiques. Des exemples feront mieux comprendre notre pensée. et nous les puiserons dans différentes branches de la médecine.

Voyons d'abord la pathologie mentale: il existe une psychose particulière, dénommée mélancolie et qui se caractérise par un ensemble de symptômes spéciaux. Et cependant, on sait, par exemple que la démence précoce peut se traduire au début de son évolution par un état mélancolique, sur lequel a insisté Mlle Pascal. Sans doute, ces formes mélancoliques de la phase initiale de la démence précoce ont quelques caractères spéciaux; n'empêche que les caractères essentiels de la lypémanie y sont reconnaissables.

Ne savons-nous pas, d'un autre côté, que la maladie de Bayle débute parfois, avant tout symptôme confirmé de paralysie générale, par un accès mélancolique qui peut disparaître, que dans d'autres cas, c'est au cours même de l'affection que survient le délire mélancolique, que, bien plus, toutes les variétés lypémaniques — dépression mélancolique, mélancolie aiguë, mélancolie anxieuse, mélancolie avec stupeur — peuvent s'observer dans la méningo-encéphalite diffuse?

Il a plus: la mélancolie peut se voir dans la maladie de Basedow, dans l'épilepsie, etc...

De semblables exemples s'offrent à nous dans l'ordre neurologique: à côté de la chorée de Sydenham, il y a des syndromes choréiques, qui s'observent, par exemple, dans la maladie de Wilson, dans

le syndrome excito-moteur tardif de l'encéphalite épidémique; à côté de la maladie de Parkinson, il y a ces états parkinsoniens post-encéphalitiques qui sont d'une extrême fréquence. Et, bien que ce parkinsonisme post-encéphalitique diffère par quelques caractères de la paralysie agitante, on y retrouve les traits essentiels de cette maladie.

Ne sait-on pas qu'à côté de l'hémophilie familiale, transmise aux mâles par les filles saines, il y a des états hémophiliques, des syndromes hémophiliques se produisant au cours des infections et des intoxications hémorragiques (septicémie hémorragique, variole hémorragique, intoxication phosphorée); dans les néphrites chroniques, chez les malades porteurs de gros foie?

On peut dire de la catatonie ce qui a déjà été dit de la mélancolie. D'une part, il y a un syndrome catatonique qui se suffit à lui-même et, de l'autre, on peut trouver dans différents états nerveux, psychiques ou psychonévrosiques, ce syndrome associé à un ensemble symptomatique plus ou moins complexe; on peut de même voir dans ces états, non plus un groupe de phénomènes catatoniques, mais seulement un des ces phénomènes.

Est-ce à dire cependant que la catatonie est réellement une entité morbide? Les avis sont partagés sur ce point: certains auteurs s'inscrivent en faux contre cette idée; d'autres, au contraire (Sommer, Pfendorff, Schneider, etc.), reconnaissent une entité morbide caractérisée par le syndrome de la catatonie.

Bien que nous nous rallions à l'opinion de ces derniers auteurs, l'expression d'entité morbide nous paraît injustifiée. Il n'y a pas, en psychiâtrie, de véritables entités morbides, à l'exception de la paralysie générale; il n'y a que des syndromes; la catatonie en est un.

Mais quelle signification faut-il attribuer à ce vocable? Nous avons été frappé, au cours de nos recherches bibliographiques, par la confusion regrettable qui existe entre les termes: « attitudes catatoniques » est pris pour « catatonie », « démence précoce catatonique » est synonyme de catatonie. Certains auteurs vont jusqu'à faire de la catatonie un symptôme banal.

Pour les auteurs allemands, en particulier, le terme de catatonie est à tort évocateur de démence. S'il est certain que, réunie à des symptômes d'hébéphrénie, la catatonie fait partie intégrante d'un état démentiel, il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, assurément beaucoup moins nombreux que les précédents, la catatonie existe seule sans démence. Plusieurs auteurs ont remarqué que certains catatoniques ne sont aucunement entachés de démence. Certains psychiatres signalent qu'on a observé, au cours de l'encéphalite épidémique, des cas de catatonie pure.

« Les divers troubles mentaux, disent MM. Courbon et Bauer, auxquels s'associe l'état spastique: négativisme, suggestibilité, impulsivité, stupeur, agitation, incohérence, ne sont pas par eux-mêmes, même en s'additionnant les uns aux autres, pathogno-

niques de démence. La catatonie se rencontre, en effet, dans de multiples circonstances dont beaucoup ne comportent pas la démence ». Ils ajoutent que le syndrome catatonique ne peut être de nature démentielle que s'il s'ajoute à ses éléments constitutifs les caractères de la démence, qui sont, d'après eux : l'indifférence affective, la perte de l'auto et de l'hétéro-critique, l'affaiblissement de la mémoire.

Ces réflexions de MM. Courbon et Bauer s'appliquent remarquablement à un cas de catatonie dont nous rapporterons plus loin l'observation détaillée.

En résumé, on peut admettre :

1° Qu'il existe un syndrome catatonique.

2° Que ce syndrome, qui est le plus communément uni à l'hébéphrénie pour constituer l'hébéphréno-catatonie, peut exister seul, indépendamment de tout appoint démentiel.

La catatonie est un syndrome à la fois moteur (caractère spastique de la motricité) et mental (négativisme, indifférence, uniformité, monotonie des manifestations psychiques). C'est donc un syndrome complexe, que d'aucuns considèrent à tort du point de vue psychique, tandis que d'autres l'étudient du seul point de vue neurologique.

Etudions maintenant les manifestations catatoniques. Ce sont :

1° *La rigidité musculaire* qui, lorsqu'elle est généralisée, rappelle la raideur parkinsonienne. Pour Kahlbaum, le fait culminant de la catatonie est pré-

cisément cette tension des muscles, cette rigidité presque tétanique, plus ou moins permanente et prononcée. Cette contraction tonique de certains groupes musculaires constitue l'état catatonique ou catatonisme. (κατά τενεῖν tendre). Elles justifient les comparaisons établies entre les catatoniques et les « pantins », les « poupées articulées », les mannequins ».

2° *La conservation des attitudes spontanées ou imposées*: c'est la *catalepsie*. Paul Masoin dit très judicieusement dans ses « Remarques sur la catatonie » : «...On a trop souvent l'habitude de considérer comme caractéristique et suffisante la conservation des attitudes passives, si bien que « attitudes cataleptiformes » et « catatonie » sont devenus presque synonymes, alors que les attitudes cataleptiformes ne sont qu'un symptôme relativement peu fréquent de la catatonie ». M. Rogues de Fursac a également insisté sur cette inexactitude: « On désigne parfois les attitudes cataleptoïdes par lesquelles se manifeste la flexibilité cireuse sous le nom d'attitudes catatoniques, et certains psychiatres même limitent la catatonie aux seules attitudes cataleptoïdes. C'est là une grave erreur de langage. La catatonie est un syndrome où la flexibilité cireuse ne joue que le rôle d'un simple élément ».

Les malades gardent toutes les attitudes, même les plus bizarres et les plus pénibles qu'on leur communique.

La catalepsie est une manifestation d'un symptôme plus général, qui est la *suggestibilité*. Deny et Roy

la définissent ainsi: « C'est une tendance générale, permanente et instinctive, à adopter toute sollicitation, venue de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature ». La suggestibilité consiste en une docilité extrême qui fait que les malades exécutent tous les actes qu'on leur commande et qui se traduit, dans l'ordre moteur, par cette passivité musculaire remarquable, si bien indiquée dans l'expression de « flexibilité cireuse ».

Cette suggestibilité est, dans certains cas, très prononcée, et, en effet, ainsi que Masselon le fait remarquer, il suffit parfois, sans s'adresser aux malades, d'écrire au tableau noir: « Levez le bras en l'air », pour qu'ils accomplissent ce geste. Elle peut même être assez marquée pour se transformer en une sorte de *mimétisme* permanent. Les malades copient d'une façon presque simiesque les attitudes et les mouvements des personnes de l'entourage, particulièrement les actes les plus absurdes des autres malades (*échomimie*, *échokinésie*) et répètent les paroles qu'ils entendent (*écholalie*); on peut signaler aussi l'*échographie*. Dans un cas de MM. Lwoff et Targowla, l'échopraxie prend d'énormes proportions.

Dans certains cas, les malades continuent plus ou moins longtemps seuls, comme une mécanique mise en branle, un mouvement de bras, de marche, de danse qu'on vient de leur faire exécuter.

D'après M. Maillard, la recherche du phénomène qui porte son nom (persévération de l'extension de la jambe après le choc du marteau), est un moyen de mettre en évidence la suggestibilité, lorsqu'elle ne

se manifeste pas nettement par les procédés habituels.

3° *Le négativisme*, phénomène qui contraste si vivement avec l'obéissance passive des catatoniques. Il est caractérisé, dit Kahlbaum, « par une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur (on peut ajouter : et de l'intérieur), quelle qu'en soit la nature ». C'est une variété, très accentuée, d'un phénomène qui est d'ordre général dans la pathologie mentale, à savoir l'opposition; aussi le négativisme était-il appelé autrefois : folie d'opposition. Les Anglais ont donné à ce phénomène un nom très curieux; ils l'appellent « mulisch resistiviness » (résistance de mulet).

Tantôt le négativisme est généralisé, tantôt il est localisé sur un groupe de muscles: appareil de la phonation, de la mastication, muscles de la vessie, etc..., ou sur la moitié du corps (héménégativisme), ou seulement sur un segment de membre, la main principalement.

Le négativisme s'étend même aux muscles de la vie végétative: le malade retient sa salive, ses urines, ses matières fécales (auto-négativisme). Si on ne le sonde pas, la rétention d'urine dure jusqu'à ce que la vessie se vide par regorgement.

Il ne se manifeste pas seulement dans les phénomènes moteurs élémentaires; on l'observe dans toute la sphère mentale; il se traduit par le refus d'obéir aux ordres et aux conseils, de se plier aux exigences de la vie commune (certains malades restent obsti-

nément debout, refusent de s'asseoir, d'autres de se découvrir...), par une opposition aveugle à tous les actes que l'on veut faire accomplir au malade. D'ailleurs, beaucoup de catatoniques font plus que de s'opposer simplement à ce qu'on exige d'eux; souvent, ils font exactement le contraire, et il est même possible, dans certains cas, d'en obtenir un acte déterminé en leur réclamant, comme à des enfants capricieux, la contre-partie de cet acte. C'est ce que Weygandt a appelé: le *négativisme actif*.

Le négativisme peut être seulement momentané. Après quelques instances, le sujet finit souvent par exécuter, de façon très rapide, ce qu'on lui demande. Kraepelin a donné à ce phénomène le nom de « barrage de la volonté » (Sperrung).

Ce phénomène n'est pas toujours aussi accentué que nous l'avons dit: au lieu de se manifester par l'opposition, la résistance constante, il peut ne s'extérioriser que par une gêne, une hésitation, une lenteur dans toutes les manifestations de l'activité psychomotrice.

Dans la stupeur avec négativisme, les membres sont raides et tendus, et souvent si rigides qu'on peut soulever tout le corps en le tenant par le bras étendu. Les muscles sont souvent tendus avec une telle force que les bras et les jambes paraissent d'une dureté ligneuse et ne peuvent être pliés passivement.

Il est curieux de noter la coïncidence fréquente du négativisme avec la passivité musculaire et psychique. On peut même voir de l'héminégativisme d'un côté du corps et de la flexibilité cirieuse de l'autre

Le négativisme exagère l'indifférence émotionnelle du malade et le fait paraître plus dément qu'il n'est en réalité.

Enfin au négativisme se rattachent plusieurs phénomènes essentiels, tels que: le mutisme, le refus de manger, la malpropreté (certains malades, par exemple, crachent sur leurs aliments), le symptôme de Ganser.

4° *Les stéréotypies*: Kraepelin dit que la stéréotypie est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles ou de la répétition d'un même mouvement.

On divise classiquement les stéréotypies en:

a) Stéréotypies akinétiques ou stéréotypies d'attitudes.

b) Stéréotypies parakinétiques ou stéréotypies de mouvements et d'actes.

Les stéréotypies d'attitudes sont très variées: au lit, la plupart des sujets se recroquevillent et s'immobilisent en chien de fusil; ils enfouissent parfois la tête sous le traversin ou sous les draps. Hors du lit, les uns restent accroupis à terre, agenouillés, prosternés; d'autres, assis de côté sur le bord d'un siège, dans des positions anormales et fatigantes; beaucoup se tiennent debout, soit sur un pied, soit sur les pointes ou les talons, le corps, les bras, les mains, la tête demeurant indéfiniment dans l'attitude adoptée, et c'est ainsi que se produisent, à la longue, chez certains, des contractures et des rétractions tendineuses

définitives, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

Les *grimaces* et les tics bizarres tiennent à la fois des stéréotypies d'attitudes et des stéréotypies de mouvements. A noter encore le rire non motivé et explosif.

M. Delmas a rapporté, en 1913, un cas de stéréotypie du vomissement: le malade se faisait vomir régulièrement par une véritable aspiration, après avoir absorbé de nombreux verres d'eau.

Les stéréotypies verbales sont fréquentes: une malade de M. Capgras répétait indéfiniment, sur un ton monotone: « J'ai du chagrin ». Parfois les malades répètent sans arrêt des mots dépourvus de sens; une malade, par exemple, psalmodiait pendant des heures: « Il est tombé du ciel une nouille ». C'est également ici le lieu de parler des *néologismes* qu'emploient ces malades; ces mots forgés sont le plus souvent sans signification et plus ou moins longs; un malade français a forgé, d'après Masselon, les mots suivants: « coarmerilmegehlacion », « tradigiellare ».

Ces néologismes sont dûs à ce que le nombre des éléments du langage diminue parallèlement au nombre des idées et des images que les malades ont à leur disposition. Ils peuvent être si nombreux et si bizarres que le langage du malade n'est plus qu'une véritable jargonaphasie.

Il est intéressant de signaler les *dessins stéréotypés* des catatoniques: M. André Barbé a rapporté, en 1920, le cas d'un malade qui, au cours d'une pé-

riode d'agitation catatonique, fit des dessins. dans lesquels ce qui frappe tout d'abord, c'est l'abondance des têtes de mort qui se répètent continuellement avec les *mêmes traits* et la *même forme*: élargissement des bosses pariétales, forme triangulaire du nez, rides transversales au niveau du front et du maxillaire inférieur.

Très curieux est le contraste qui existe entre la contrainte, l'hésitation du catatonique à exécuter les actes nouveaux ou commandés, et l'aisance relative avec laquelle il accomplit ses stéréotypies. C'est que ces actes stéréotypés, en raison même de leur répétition fréquente et sous la même forme, n'exigent pas, comme les actes nouveaux, une adaptation particulière à la circonstance présente et ne s'exécutent que sous le coup d'une sorte d'entraînement automatique. On retrouve donc dans la stéréotypie les caractères habituels aux abouliques.

5° *Le maniérisme et la minauderie*: les catatoniques ont des façons bizarres, affectées, guindées de parler, de marcher (les uns marchent en dansant, d'autres en se dandinant ou en se pavanant, d'autres encore en sautillant, en traînant les pieds, etc...), de s'habiller, de manger, de boire, de tendre la main: dans ce geste, le malade ressemble à « quelqu'un qui fait des manières ». Ce mouvement de tendre la main paraît maniéré à cause des interruptions, des répétitions stéréotypées de fragments d'actes, des éléments moteurs parasites, déformant l'exécution, de l'hypertonie transitoire.

Ces malades prennent des poses affectées et pré-

tentieuses. Le maniérisme se révèle aussi dans leurs dessins, qui sont souvent prétentieux et très poussés. Il semble que les catatoniques s'écartent volontairement et comme à plaisir de la normale.

6° *Les troubles de l'expression mimique.* — « Le facies est étrange, dit M. Claude, les yeux sont souvent fermés ou mi-clos, les globes oculaires fixés dans une direction, sans que le sujet paraisse regarder. Les traits sont figés souvent dans une sorte de sourire troublant, énigmatique, ou parfois expriment la concentration et la tristesse. Mais nulle variation d'expression ne peut être notée pendant un long temps d'observation... Une mouche se pose-t-elle sur le visage, le sujet, dans son immobilité de statue, n'accuse aucune gêne apparente... » Or a justement comparé le facies de ces malades au « visage d'une momie ».

Les phénomènes catatoniques sont des phénomènes élémentaires, automatiques, tout à fait indépendants de la conscience du malade, sans relation avec des idées délirantes, des hallucinations, des troubles émotionnels. Que l'on interroge ces malades dans leurs intervalles lucides sur la raison des bizarreries de leur attitude, de leur conduite, de leurs mouvements : parfois, ils peuvent donner une raison, mais elle est absurde et incompréhensible ; le plus souvent, ou ils ne répondent pas, ou ils disent qu'ils ne savent pas, que c'est la maladie, que c'est absurde, mais qu'ils sont *forcés*, qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Notons dès à présent l'importance de cette « irrésistibilité » des manifestations des ma-

des, car elle nous permet de rapprocher les catatoniques des sujets qui ont des lésions des noyaux gris centraux et qui, eux aussi, racontent que leurs mouvements, leurs paroles se produisent de telle façon qu'ils n'y peuvent pas résister.

Il existe un *syndrome physique* dans la catatonie, que nous nous garderons bien d'étudier en détail, car son étude nous entraînerait trop loin. Bornons-nous à signaler l'importance des troubles sécrétoires (hyperhydrose, diarrhée, sialorrhée), trophiques et vaso-moteurs (dermographisme, cyanose des extrémités, pseudo-œdème catatonique). Si nous mentionnons ces symptômes, c'est parce qu'on les observe également dans les états pathologiques liés à des lésions des noyaux de la base du cerveau.

Au point de vue évolutif, la catatonie est faite d'alternatives d'excitation et de dépression; mais, en réalité, la dépression ou stupeur est l'état habituel des catatoniques.

La stupeur catatonique est caractérisée par une absence de réaction de la part du malade. Et cependant — chose remarquable — alors que le malade paraît étranger à tout ce qui se passe autour de lui, il perçoit les impressions extérieures, car, sorti de cet engourdissement, de cette sorte de sommeil, il explique tout ce qu'il a vu et entendu.

Quant à l'agitation catatonique, elle est d'une violence qui ne le cède guère qu'à la fureur des épileptiques. Elle est caractérisée essentiellement par la soudaineté, la brusquerie et l'uniformité (Ex.: malade qui fait sans cesse des culbutes) des mouve-

ments. Souvent les malades veulent se précipiter avec rage hors de la chambre; ils résistent désespérément à tout effort qu'on fait pour les retenir; ils déchirent tout ce qui leur tombe sous la main, lancent leur matelas par terre, etc... Cette agitation survient habituellement sous forme de crises paroxysmiques passagères.

Il nous reste à parler des contractures et des rétractions tendineuses de la période terminale de la catatonie. Ces faits ont été signalés tout d'abord par Kraepelin. En France, M. Cullerre en a publié plusieurs cas. Ces contractures siègent aux membres supérieurs; elles sont uni ou bilatérales. Elles succèdent toujours à une attitude stéréotypée dans laquelle la main est restée obstinément fermée pendant un temps très long. Elle s'accompagne généralement d'amyotrophie portant sur les éminences thénar et hypothénar, sur l'avant-bras, parfois même sur le bras, avec rétraction des tendons fléchisseurs.

De cette contracture on peut rapprocher celle qu'on rencontre parfois dans l'hémiplégie organique et que Déjerine a appelée: la main de fakir. Les doigts sont fléchis à l'extrême, les ongles pénètrent dans la paume de la main et y déterminent de profondes empreintes; le pouce est fléchi sur la première phalange de l'index.

Observations de Catatonie

OBSERVATION IV (Personnelle)

Col. Clément, 35 ans, ouvrier agricole, entre à l'Asile Sainte-Anne le 19 mars 1924.

Certificat d'entrée. — Etat catatonique, immobilité absolue, conservation prolongée des attitudes provoquées; mutisme à peu près complet; a seulement déclaré être cambrioleur, né à Beaugency (Loiret) et émis les mots de « gendarmes » et de « Deibler ». Mobilité du visage reflétant parfois une orientation intellectuelle pénible et, à d'autres moments, un état satisfait, souriant et même ironique. Alimentation tantôt spontanée, tantôt à la cuiller. Sialorrhée. Gâtisme intermittent. Masturbation.

La réaction de B-W dans le sang est négative.

Le malade a subi plusieurs condamnations pour vagabondage, etc...

L'examen pratiqué à l'entrée du malade a permis de faire les constatations suivantes: apparence indifférente, négativisme (le malade est difficile à examiner), attitudes stéréotypées; refuse de parler, ou se cache sous les couvertures quand on veut l'interroger. Sourires discordants. Mauvais état général, amaigrissement considérable dû à la difficulté de l'alimentation.

Le malade urine et défèque au lit, dort continuellement, ne fait pas un geste; à l'heure des repas, il faut le secouer, lui dire de manger; il le fait gloutonnement et remet le nez dans son assiette, une fois qu'elle est vide. Dit des paroles grossières, prétend qu'il est cambrioleur de métier. Il donne son adresse exacte.

On le fait asseoir sur un tabouret en attitude catatonique, et on le pousse pour le faire tomber à droite; il modifie légèrement son attitude pour s'appuyer et éviter la chute.

20 mars. — Le malade se laisse à moitié porter, les jambes traînantes. Visage inexpressif, regard détourné, généralement en bas. Parfois mouvements de la face, diffi-

ciles à interpréter : grimaces ou mimique ? Pas de résistance aux essais de mobilisation ; aucune opposition par contraction ou par dérochement. Conservation des attitudes : le bras droit levé à 9 h. 30 est seulement un peu affaissé à 10 h. 5

2 avril. — Négativisme, mutisme complet ; grimaces multiples, torsion de la bouche. Gâtisme.

7 avril. — Une heure et demie après une injection d'adrénaline, le malade se réveille de sa torpeur, tend la main à l'infirmier et lui parle normalement. Il se souvient d'avoir été malade et se juge guéri ; il désire sortir et reprendre son travail. Apparence de satisfaction, mais se plaint de son voisin (maniaque) qui parle trop. Il se tient assis sur son lit, avec une mimique active et une expression vive et reste ainsi l'après-midi et le lendemain. *L'état catatonique se reproduit.*

10 avril. — Le malade ne garde qu'un souvenir confus de sa période de catatonie : « J'avais bu énormément la veille, dit-il : un litre de rouge, ffois litres de blanc, six apéritifs et quelques petits verres ; c'était la première fois de ma vie que je buvais autant, je m'étais laissé entraîner par des copains. J'avais bu aussi pour me consoler, ça m'ennuyait de ne plus avoir de travail, le patron m'avait débauché depuis trois jours, n'ayant plus besoin d'ouvrier pour la batteuse ». Il se rappelle être allé boire du côté de Montmartre, puis avoir assisté à une représentation du cirque Medrano (« ce spectacle m'avait beaucoup intéressé »), être revenu ensuite dans un café, en être sorti et s'être affaissé endormi sur les premières marches d'une station de métro. A partir de ce moment, les souvenirs du malade s'obscurcissent ; le malade croit cependant qu'on l'a transporté dans un hôpital. Il parle avec une certaine volubilité. *La catatonie a disparu.*

26 avril. — Matinée lucide ; le malade fait des réponses correctes. Il parle de ses périodes catatoniques : « Il y a alors quelque chose qui me serre, qui m'empêche ; je voudrais bien parler, remuer, mais je ne peux pas ». Etat général médiocre.

1^{er} mai. — Le malade est présent, il parle correctement, mais avec une certaine excitation ; il est plutôt jovial ; il

veut manger comme il faut pour pouvoir aller faire la moisson. Il parle à nouveau de ses phases de catatonie: « J'étais endormi, c'était malgré moi..., mais maintenant je ne veux pas me rendormir ».

2 mai. — *Redevenu catatonique depuis la veille au soir*; après avoir fait quelques difficultés pour se coucher, le malade s'est endormi tranquillement.

15 mai. — Reste recroquevillé dans son lit. Opposition aux mouvements. Trémulation constante des paupières; par moments, ébouche de sourire. S'alimente bien lorsqu'on lui présente des bouchées aux lèvres. Etat physique plus satisfaisant.

17 mai. — Attitudes cataleptiques; le malade se laisse pousser pour marcher, mange automatiquement. Il devient exigeant, veut s'en aller; il est menaçant, insolent; il n'obéit pas aux ordres. Si on le pousse pour le faire lever de sa chaise, il se relève tout doucement, reste à demi-assis et enfin se redresse tout à fait.

19 mai. — *Une amélioration se dessine dans l'état du malade*; il parle de ses projets de travail et se préoccupe de la moisson; sa conversation est à peu près raisonnable. Il s'explique assez nettement sur ce qu'il éprouvait ces jours derniers; il dit qu'il avait la sensation d'être endormi, d'être dans un autre monde, de n'être plus lui-même. Il a conservé un souvenir parfait de tout ce qui s'est produit avant qu'il ne tombe dans l'état catatonique. Diadococinésie troublée surtout pour les mouvements du côté droit; un peu de myxoedème du même côté. La réflexivité et la sensibilité sont normales.

19 juin. — Le malade est actif, présent; il offre cependant un peu d'excitation intellectuelle.

1^{er} juillet — *Période de « sommeil »*; le malade réagit aux excitations par un sourire ou un rictus contraint, mais laisse les mouches courir sur son visage; il a des gestes d'enfant qui se défend en s'empêchant de rire. Il ne mange pas quand on lui présente sa nourriture; mais si on la laisse à côté de lui, il s'en empare quand on s'est écarté.

3 juillet — *Le malade se met à aller et venir, plaisante,*

essaie, par jeu, de soulever un malade obèse et n'y parvenant pas, s'en va en dansant.

10 juillet. — *Nouvelle période de « sommeil »* depuis quatre jours. Le malade ne prend pas ses aliments quand on les laisse à côté de lui.

27 juillet. — Le malade est toujours dans le sommeil; quand on s'approche de lui, souvent il se retourne ou se cache davantage sous les draps. Si on lui parle, il ne répond pas, mais il a souvent de petits mouvements péri-buccaux et parfois il se met à rire en rougissant un peu. Il s'alimente très bien. Souvent, quand il croit qu'on ne le voit pas, il subtilise le pain d'un voisin. Pas de catalepsie. Apparence de mutisme volontaire.

17 septembre. — Le malade se rappelle qu'on lui faisait tenir le bras levé; il rit et dit: « Oui, je restais comme ça, je ne sais pas pourquoi, je dormais ». On lui propose d'en faire autant; il répond: « Ce n'est pas fatigant ». Il tient le bras tendu en lisant son journal; au bout de trois minutes, il s'aperçoit que « c'est bien lassant ». Les réponses sont immédiates, pertinentes.

7 octobre. — Le malade promet d'être désormais sérieux: « Je travaillerai bien, je ne boirai plus; c'est le vin qui m'a fait tout ça, surtout le vin blanc ». Tenue correcte dans le service. Le malade travaille quand on le lui demande.

Il quitte alors l'asile.

Le 28 octobre, le Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Beauregard informe M. le Professeur Claude qu'il vient de recevoir dans son service un malade déclarant se nommer Col... «... Depuis son entrée, il garde le mutisme le plus complet et présente un syndrome catatonique typique ».

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Vernet les renseignements complémentaires qui suivent:

« C... nous fut amené le 27 octobre 1924 par le garde-champêtre de Vierzon-Bourgneuf, qui, huit jours aupa-

ravant, l'avait rencontré errant sur le territoire de la commune et l'avait conduit à l'hôpital de Vierzon.

Là, il fait l'objet d'un certificat de M. le Docteur Duval qui conclut à une aliénation mentale caractérisée surtout par du mutisme (23 octobre 1924).

Lors de son entrée à l'asile (27 octobre), C... est, en apparence, tout à fait normal: il prend un bain, se laisse mesurer, peser sans difficultés et répond très correctement, mais avec réticence, à l'interrogatoire que lui fait subir l'interne: état-civil, orientation, *curriculum vitæ*, séjour à Sainte-Anne, etc... Il dit s'être rendu, aussitôt après sa sortie de cet asile, à Vierzon où il aurait travaillé deux jours dans une verrerie. Il se serait laissé entraîner à boire par ses camarades et serait devenu fou, l'alcool lui montant facilement à la tête et l'empêchant de savoir ce qu'il fait. Au repas du soir, C... s'alimenta normalement et il dort bien la nuit.

Le 28 au matin, C... présentait un syndrome catatonique assez particulier: couché en chien de fusil, yeux clos avec trémulation incessante des paupières, facies souriant, flexibilité cireuse des membres, insensible à toutes les excitations extérieures, salivation abondante, mutisme complet. Couché, il n'obéit à aucun ordre (donner la main, montrer la langue, etc...), debout, il marche dans des attitudes invraisemblables et obéit à tous les commandements (halte, demi-tour, etc...).

Cet état se maintient sans modifications toute la journée du 28 et du 29; il ne mange pas, gâte au lit.

Le 29, à la contre-visite du soir, dès que l'interne s'approche de son lit, C... se dresse sur son seant et déclare spontanément: « Me voilà réveillé. Il y a deux jours que je dormais, je sentais quand on me touchait, mais je ne pouvais pas ou plutôt je ne voulais pas répondre ». Il se montre bien orienté dans le temps et dans les lieux et répète ce qu'il avait déclaré au moment de son entrée, sur ses antécédents et sur le début de sa maladie actuelle.

À dater de ce moment, C... n'a plus présenté aucun phénomène pathologique; le 4 novembre, il a été autorisé à se lever, à jouer aux cartes avec ses camarades, s'est conduit très normalement.

Le 10 novembre, il a été placé, sur sa demande, à l'atelier de serrurerie, le chef d'atelier lui reconnaît de la bonne volonté, mais assure qu'il ignore tout du métier.

Le 23 novembre, au matin, C... dérobe, à l'atelier une clef ouvrant la porte du parc à charbon, s'enferme à l'intérieur du dit parc et saute par-dessus le mur extérieur.

Nous étions restés sans nouvelles de lui, lorsque, trois semaines plus tard, examinant un individu à la maison d'arrêt, j'aperçus C... dans un couloir. Je m'informai et appris que, le lendemain même de son évasion, il avait été arrêté et condamné, pour vagabondage, à un mois de prison. C... s'était bien gardé de dire qu'il s'était évadé de Beauregard et, lorsque je l'accostai, il feignit de ne pas me reconnaître. Sur mon insistance, il me pria de lui laisser achever sa peine, qui touchait à sa fin, et de ne pas demander sa réintégration à l'asile. Il me promit dès sa sortie de prison, de passer à l'asile pour troquer les effets qu'il avait emportés dans son évasion contre ses propres vêtements. Ce qu'il fit très ponctuellement trois ou quatre jours après. Depuis lors, je ne l'ai pas revu et n'en ai plus entendu parler. »

Cette observation est un type parfait de catatonie pure, et c'est pourquoi nous l'avons citée en premier lieu. Elle est intéressante à plus d'un titre : outre qu'elle nous montre que le syndrome catatonique peut, dans certains cas, se suffire à lui-même — car il ne saurait être question ici de démence précoce —, elle met bien en relief les rémissions qui se produisent dans la catatonie, car ce malade a eu une série d'accès de catatonie séparés par des périodes d'apparence normale. Au surplus, il a traversé une crise analogue il y a quelques années.

A cette époque, le malade a été catatonique pendant un séjour en prison ; on l'a pris alors pour un simulateur. Si nous rappelons ce fait, c'est parce que

la question de la « fausse simulation » dans la catatonie, dont M. Haury a rapporté, en 1914, un très bel exemple, a une importance énorme surtout au point de vue médico-légal. Nous nous proposons d'ailleurs de revenir sur ce point dans un chapitre ultérieur.

Nous attirons l'attention sur l'état myxoédémateux qu' a présenté ce malade du côté droit; on a signalé plusieurs fois des troubles d'origine thyroïdienne dans la catatonie.

OBSERVATION V (Personnelle)

Mme Ott..., 35 ans, tricoteuse, entre à l'Asile Saint-Anne le 10 janvier 1924.

Certificat d'internement. — « Je, soussigné, docteur Roger Dupouy, certifie que Madame Ott... présente un délire polymorphe dénué de toute systématisation. Idées de jalousie et de persécution, son mari la trompe depuis leur mariage et fait diriger leur atelier par sa maîtresse. On a voulu l'empoisonner.

Idées de satisfaction, de richesse et de grandeur puériles; elle fait des merveilles, elle est la personne qui pense et ne s'exprime pas inutilement, elle est intelligente par expérience; elle a gagné dix-huit millions en faisant de l'esprit.

Propos étranges, sentencieux, contradictoires. Réticences. Aproxexie. Indifférence. Désaffectivité. Hallucinations probables de l'ouïe. Maniérisme. Sourires affectés. Rires non motivés et discordants. Opposition stupide à la discipline du service. Insulte et menace les autres malades et le personnel.

Aurait eu une fièvre typhoïde (?) (la séro-réaction de Widal était négative) en juillet 1923, avec état délirant onirique. Aurait accompli une tentative de suicide par défénestration, il y a quelques mois... »

Certificat immédiat (11 janvier). — Excitation maniaque.

Certificat de quinzaine (24 janvier). — Présente un syndrome caractérisé par de vagues idées délirantes polymorphes. Conceptions floues, mobiles, variables, contradictoires, souvent absurdes. Inattention, distraction, aspect de rêverie continue, réponses à côté, maniérisme. Expression bizarre, symbolique, sourires discordants. — Quelques stéréotypies de gestes et d'attitudes. Indifférence et inaffectivité.

Extrait d'un écrit de la malade: « J'ai été délaissée par mon mari, je lui coûtai trop cher... Il vaut mieux travailler dans un silence que dans un accaparement. J'ai toujours adoré le grand luxe; suis-je obligée d'adorer un intérieur? En tout cas, il ne faut jamais abuser des autres... Il y en a qui choisissent la carrière de bonne de cuisinière, moi j'ai choisi le grand luxe... Gagner ma vie d'une façon respectable... Ma main est droite... »

Examen à l'entrée. — Présentation calme, mais préciosité. Poses prétentieuses. Réflexions banales sur un ton profond. Se croit dans une maison de jeunes filles sans amant, c'est-à-dire dans une maison de prostitution. Désorientée dans le temps. Indifférence affectée quand on lui dit qu'elle est à Sainte-Anne: « Malgré tout, j'ai du cœur et du sentiment ». — Parlant de son mari: « Nous n'étions pas du même tact ».

Elle souffrait — parce qu'elle était délicate — de certains contacts avec son mari.

Idées de jalousie exprimées avec réticence et affectation: « Je ne voulais pas y voir clair ».

Erotisme. Probabilité d'idées de persécution: des jeunes filles couraient après son mari. Elle a senti des odeurs de fleurs d'oranger qu'on lui envoyait.

Parle de chapeaux: « Ce que j'entends par chapeaux?... Il y a des personnes qui ressentent beaucoup plus que d'autres en amour... Il y a la petite personne qui garde ses bijoux et son chapeau pour ne pas se diminuer... On ne devrait jamais enlever sa parure ni son chapeau... Un chapeau ou la virginité, c'est la même chose... Un chapeau, c'est une personne qui se donne dans une baignoire... Un chapeau est une femme qui ne veut pas avoir d'amant... ».

Emploi continuel de périphrases.

Elle est d'un genre supérieur à son milieu. — « Il est difficile de dire si j'ai une grosse fortune ».

Hautaine, dédaigneuse, demande à être respectée, traitée avec égards. Sourires ambigus. Son mari n'a jamais fait que des « gaffes ». — « Je n'ai aucune raison de parler franchement ».

A monté un magasin de nouveautés à Montmartre: « Je le voulais fort joli, comme mon cœur; je suis plutôt superstitieuse ».

« Je ne lis jamais, je devine, je suis intuitive ». — Attitude maniaque. Extase: « Je suis orgueilleuse ».

Refuse de parler de sa famille: « Vous êtes indiscret ». « Une femme qui trompe son mari, ce n'est pas déshonorant ». — « Je suis très satisfaite, je pense ».

Stéréotypies verbales: Les expressions « c'est vrai », « c'est exact », « ça arrive », « qui a du tact », reviennent constamment dans ses phrases.

« Si je n'étais pas jalouse, je n'aimerais pas.. Une femme qui n'est pas jalouse n'aime pas son mari. »

Elle avait peur d'avoir des enfants. Cette pensée l'empêchait de vibrer.

Elle dit au médecin: « Je t'adore ».

19 janvier. — « Le chapeau, c'est une personne qui ne se donne pas facilement ». — « Une petite femme n'aime pas se diminuer quand elle est ondulée. »

Ethérisation: la malade résiste: « Je ne veux pas d'éther..., pour mes enfants, je vous en supplie ».

Deuxième bouffée d'éther: grosse résistance. *Affectivité conservée*. La malade est consciente de ce qu'on va lui faire... « Je ne suis allée à la Comédie-Mondaine qu'une dixième de fois ». — « L'histoire du chapeau, c'est celle d'une femme que son mari néglige ».

22 janvier. — *Ethérisation*: grande résistance: « Je ne suis pas malade, ce que vous faites est un crime ».

24 février. — La malade est très poudrée, débraillée, sa poitrine est découverte; elle demande à sortir pour un schampooing. « Je me suis débraillée exprès pour me donner l'illusion d'être moins internée... Oui, j'ai changé, j'ai un genre plutôt mieux, j'ai les idées plus larges ».

Satisfaite d'être à l'asile, elle s'ennuyait à la maison.

Rappelle qu'elle a eu l'intention de se jeter dans la Seine: « J'avais le chagrin d'un intérieur incompris. C'est une existence manquée ».

27 mars. — Variations de l'humeur: pleure après avoir souri: « Je n'ai pas le droit d'être triste ». — Propos mal suivis, associations automatiques par assonances, synonymies, homonymies. Mimique exagérée et mal adaptée. *Pas d'affaiblissement des facultés.*

11 avril. — Depuis quelque temps, *excitation psychique* et *agitation motrice*. La malade se promène deminue dans le service, sa chemise passée entre les jambes, le visage et les mains couverts de crème Simon, le *geste maniéré*, fronçant les sourcils, *prenant des poses distinguées*, jouant à la grande dame. Capricieuse, moqueuse par intervalles; coule des regards érotiques.

On a dû la passer au service des agitées.

Impudeur: Elle appelle le médecin, « mon chéri ».

Marque son mépris continu pour son mari.

Bien orientée. — Idées de supériorité et de grandeur, sans systématisation, mal exprimées.

2 mai. — Ravie qu'on l'interroge. *Amabilité affectée*. Quand on la fait descendre au bureau, dit railleusement: « Ah! j'ai les honneurs de l'avant-scène aujourd'hui! » Parle toujours de sa profession: elle a beaucoup travaillé, elle a voulu s'élever au-dessus de sa condition. — Reçoit mal son mari.

Indifférence, affectée; ne s'intéresse pas à ses enfants: « Cela m'est presque indifférent; je ne veux pas accaparer mes enfants..., j'essaie de consoler les douleurs, les femmes et les filles délaissées ».

19 mai. — Excitation, agitation; coïncidence de l'exacerbation avec l'apparition des règles.

17 septembre. — Attitude rêveuse, distraite. Voit son fils aîné avec plaisir, son mari souvent avec hostilité.

29 janvier 1925. — Je lui présente une chaise, elle préfère en prendre une autre. Nombreux pataques: « J'ai-z-été riche ». Je lui reproche ces liaisons incorrectes: « Les femmes, dit-elle, sont obligées de parler au pluriel ». Je lui demande pourquoi; elle répond: « Je ne regarde que l'ensemble ».

Elle est contente d'avoir des garçons, parce qu'elle peut les « correctionner ». « Ah! si j'avais eu des filles mon Dieu!... »

Après avoir répondu à mes questions, elle me dit: « Je vous écoute »; mais continue à parler. — « Je suis toquée de mes deux premiers fils ».

Propos incohérents: « Avec du tact on peut faire quelque chose, avec un balancier on peut ne pas faire quelque chose ».

Stéréotypies verbales: «Le pour et le contre », « je vous demande pardon ».

Maniérisme, affectation, attitude rêveuse. Regard détourné.

Termine notre entretien, sur ces mots: « J'ai un cœur à trente-six visages.... J'arrivais à m'additionner sans me contribuer ».

Cette observation est, assurément différente de la précédente: dans l'observation IV, les phénomènes catatoniques prédominants étaient: la stupeur, une sorte d'engourdissement, la rigidité musculaire, le négativisme, la suggestibilité, les troubles marqués de l'expression mimique. Ici, ce qui domine la scène clinique, ce sont les phénomènes suivants: le maniérisme, l'affectation, qui éclatent dans toutes les manifestations de la malade (façon de marcher, de se tenir debout, de parler); son attitude « soi-disant » rêveuse ne semble être qu'une modalité de sa minauderie; les bizarreries de ses propos et leur incohérence; les stéréotypies, surtout les stéréotypies verbales, ainsi que d'autres altérations du langage: liaisons incorrectes, néologismes, etc.; la préciosité, la tendance à la distinction; les réflexions creuses faites sur un ton très sérieux; la désorientation dans

l'espace et dans le temps; les crises d'excitation très violente, etc...

Là encore, il ne s'agit pas de démence: les facultés intellectuelles sont conservées, l'affectivité est dans l'ensemble intacte. Nous avons l'impression que les paroles en apparence absurdes de la malade sont en rapport avec ses soucis, ses préoccupations antérieures.

Dans l'ensemble, on peut dire que le premier catatonique est un stuporeux négativiste et que la seconde est une maniérée excitée.

Au fait, pourquoi ne pourrait-on admettre des formes cliniques de la catatonie, caractérisées par la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes?

OBSERVATION VI (MM. Barbé et Lévy-Valensi)
(intitulée: Catatonie sans démence ni délire)

Dep... Lucien, 25 ans, entre à l'Asile clinique le 6 décembre 1911.

N'a jamais été malade; a reçu une instruction primaire. Pas d'antécédents héréditaires.

Le début des troubles mentaux paraît remonter au mois d'avril 1911. A cette époque, son caractère commença à s'altérer; il devenait bizarre, parlait peu; sa voix était changée, sa prononciation modifiée.

Au mois de novembre de la même année, il avait de la peine à travailler: « Ça ne marchait pas, ça n'allait pas comme d'habitude ». Il allait trop vite en travaillant, se mettait en colère après ses outils; de plus, il souffrait d'une céphalgie violente et continuelle, siégeant au niveau des tempes. Il pleurait de temps à autre, sans en connaître la raison. Il aurait eu également un peu de maniérisme; ses gestes et ses attitudes étaient bizarres.

A partir de novembre 1911, le malade ne peut plus reprendre son travail, ne s'occupe même plus chez lui; il

reste triste, demeure des heures entières comme plongé dans une grande douleur, mais, en réalité, il n'a aucune tristesse et ne pense à rien.

Il a également un peu de voracité; il est indifférent pour sa famille, il ne manifeste pas d'idées délirantes. Cependant, d'après son entourage, il aurait eu quelques hallucinations auditives, disant qu'on l'insultait dans la rue, quand il était chez lui, ajoutant qu'on voulait lui faire du mal quand il sortait.

Depuis son entrée jusqu'à maintenant (25 avril 1912), l'état du malade s'est sensiblement amélioré. Actuellement sa mémoire et son orientation sont bonnes; l'attention est intacte et il suit très bien la conversation qu'on engage avec lui et ce qui se dit autour de lui.

Il n'a ni idées délirantes ni *symptômes d'affaiblissement intellectuel*; cependant il a une diminution des sentiments affectifs, est peut-être indifférent aux visites de sa mère. Il a de la suggestibilité, conserve assez bien les attitudes qu'on lui donne, mais, quand on lui en demande la raison, il répond qu'il croit qu'on le veut ainsi. Il a des stéréotypies d'attitude (restant toujours penché en avant, dans la même position) et de mouvement: quand il se promène dans la cour, il fait un nombre de pas régulier devant lui puis revient en arrière à rebours, repart en avant et ainsi de suite. Sa face est comme figée.

Le malade n'a ni négativisme ni dermatogrophisme.

Ces auteurs font remarquer qu'avec les symptômes catatoniques ne coexiste aucun trouble mental et que cette observation contribue à montrer que les catatoniques peuvent n'être ni des déments précoces, ni même des délirants.

Ils ajoutent que ce malade aurait pu, au moment de son entrée à l'asile, être considéré comme un dément catatonique, mais que l'évolution des symptômes et l'intégrité des facultés psychiques obligent d'écarter de diagnostic.

OBSERVATION VII (MM. Lwoff et Targowla)

(intitulée: dissociation psychique et échopraxie)

R..., née le 18 janvier 1877, entre à l'asile de Ville-Evrard le 11 mars 1916, venant de Sainte-Anne, avec le certificat suivant:

« Dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, découragement, craintes probables de persécution, impulsions au suicide. Appoint ethylique récent.

« Signé: D^r BRIAND »,

qui indique ce que fut le début de la maladie sur lequel nous n'avons d'ailleurs aucun renseignement.

Dès son entrée, on est frappé par l'attitude de la malade qui se tient raide sur sa chaise, le buste droit, comme soudé, les deux mains sur les genoux. Elle répond aux questions d'une voix blanche, sans inflexion, avec un peu d'hésitation avant de prononcer les mots. Puis on la voit, gardant son attitude gênée, reproduire les gestes qui sont faits devant elle: elle s'appuie le menton dans la main, se frotte le front, le nez. Elle fait vers cette époque une poussée de bacillose pleuro-pulmonaire, et on l'alite. Dans le dortoir se trouve déjà une malade un peu excitée qui ne tarde pas à s'apercevoir des habitudes de sa nouvelle compagne et à les exploiter; elle s'assoit dans son lit, se découvre, jette son oreiller, agite ses draps, se coiffe et se décoiffe, se lève, s'étend par terre, immédiatement imitée par R... Celle-ci nous accompagne à la visite, copiant nos gestes, tâtant le pouls des malades, les auscultant, les interrogeant même. Une nuit, voyant les veilluses faire leur ronde, enveloppées d'une couverture, elle se lève, s'enroule dans son propre couvre-pied et les suit.

Dès qu'elle peut se lever, les mêmes phénomènes se reproduisent avec plus de variété. Au réfectoire, elle ne fait guère de mouvements qui soient spontanés: elle boit en même temps que sa voisine de droite, et tout-à-coup dépose son verre et se met à manger la viande pour imiter sa voisine de gauche; elle se sert, parce que quelqu'un vient de se servir, mais ne mange pas parce qu'une malade, en face d'elle, refuse le plat. Tout cela est effectué de l'air le plus placide, sans le moindre signe d'émotion, quelle qu'elle soit.

Dans la cour, les autres malades s'amuse^{nt} d'elle, la font sauter, s'agenouiller,, se tenir sur une jambe, se contorsionner de mille manières. L'une d'elles, aveugle, se promène en se cramponnant au grillage; elle la suit, imitant sa démarche hésitante, s'accrochant d'une main à la barrière, l'autre étendue en avant. Parfois, elle va s'asseoir sur un banc, à côté d'une hallucinée ou d'une mélancolique dont elle adopte l'attitude et même l'expression qu'elle garde pendant des heures, ne se fatigant pas plus que son modèle. Elle est capable enfin d'une imitation assez active des jeux de physionomie : elle hoche la tête, ouvre la bouche, rit ou sourit avec son interlocuteur; elle tousse et éternue en écho. Toute la journée elle suit ainsi quelqu'un, infirmière ou malade, dont elle copie tous les mouvements, ne la quittant pas du regard, se pressant de reproduire maladroitement ce qu'elle vient de voir comme si elle craignait de ne pas arriver assez tôt pour imiter le geste suivant. Lorsqu'elle est seule, elle demeure immobile jusqu'à ce qu'elle ait trouvé un guide auquel elle s'attache, choisissant même souvent les malades les plus vives et les plus turbulentes dont elle parodie bizarrement la mimique rapide et changeante. Elle étend son imitation aux animaux: on l'a vue s'allonger à côté d'un chat, s'efforçant de copier sa pose et, quand il s'éloigne, le suivre sur les genoux.

R... reproduit non seulement les gestes, les mouvements que l'on fait devant elle, véritable échokinésie, mais encore les attitudes, les expressions et aussi les sons qu'elle perçoit; à l'échopraxie s'ajoute, suivant la règle à peu près constante, l'écholalie. Tantôt la malade redit la fin de la phrase qu'elle vient d'entendre:

D. — Voulez-vous un lit?

R. — un lit.

Tantôt elle reproduit la phrase entière:

D. — Où vous a-t-on envoyée?

R. — Où vous a-t-on envoyée?

Parfois même, en parlant un peu rapidement, on arrive à lui faire répéter une courte conversation. Exemple: un jour qu'elle nous accompagnait au lit d'une malade, nous lui demandons: « Comment la trouvez-vous?

R. — Comment la trouvez-vous?

D. — Qu'est-ce qu'elle a?

R. — Qu'est-ce qu'elle a?

D. — (Riant). Mais je vous le demande.

R. — (Riant). Mais je vous le demande.

D. — Ah! bien.

R. — Ah! bien ».

Mais ce qui prouve le plus fréquemment l'écho, ce sont les mots isolés, les exclamations: oui, non, très bien

Il y a donc dans ce cas une sorte de contagion mentale à rebours de celle qu'ont étudiée Vigouroux et Juquelier, puisque c'est la malade qui imite le sujet sain. Il y a, d'ailleurs, plus que de la contagion mentale: « La dissociation des éléments psychiques », permet, dit Dromard, que « chaque représentation vivante isolée s'impose brutalement et s'extériorise aussitôt ». C'est qu'en effet, contrairement au malade de R. Leroy et Genil-Perrin, R... n'imité pas par ironie, mais inconsciemment, automatiquement, et, si parfois elle paraît s'amuser de son écho-praxie, c'est qu'elle voit rire autour d'elle, c'est par « contagion ».

L'échomimie et l'écholalie ne sont pas les seules manifestations de suggestibilité que présente cette malade. Le signe de la langue est partiellement positif; on note également la conservation, mais peu accentuée, des attitudes qu'on lui donne ainsi que des faits de ce genre: entendant proposer une purge à sa voisine de lit qui se plaint, d'autre part, d'avoir soif, elle déclare aussitôt qu'elle a soif et qu'il lui faut une purge. Une autre fois, ayant vu faire une piqûre de morphine à une malade, elle va s'étendre sur son lit: « Je vous demande la piqûre de morphine. C'est pour être bien sage ». L'infirmière, voulant se débarrasser d'elle, lui dit de la réclamer à minuit à la veilleuse, ce qu'elle fit fort ponctuellement et avec insistance, et se plaint le lendemain qu'elle lui ait été refusée. Un autre jour, on lui demande la date: samedi. — D.: « Bien, et demain? — R.: dimanche. — D.: En êtes-vous bien sûre? » Elle hésite un moment, puis répond: non. Il en est de même pour son âge et pour les opérations très simples d'arithmétique, comme 2×2 ou $5 + 5$.

Les autres symptômes catatoniques restent au second

plan. Il n'y a pas de stéréotypie bien nette. Le négativisme existe, mais doit être recherché: à peine de temps à autre, R... refuse-t-elle de répondre à une question, d'obéir à un ordre sans avoir de motif appréciable; elle réagit peu à la douleur. Une marche rapide, à très petits pas, comme glissée, qu'elle paraît affectionner particulièrement et qui, chez elle, remplace la course, relève du maniérisme, que l'on retrouve aussi dans le langage. Elle a des impulsions, jette à terre ce qui lui tombe sous la main, plus volontiers les objets fragiles, la vaisselle, maltraite le chat du quartier, prend tranquillement, sans se cacher, ce qui ne lui appartient pas et le raconte ensuite avec ingénuité. Ajoutons encore le parler nègre et une légère tendance à la persévération.

De ces perturbations dans la sphère volontaire, peut se rapprocher, chez la malade, l'incapacité de faire un effort intellectuel: des calculs simples (tels que trouver le prix d'un œuf à trente-six sous la douzaine) ne sont pas effectués ou reçoivent les solutions les plus fantaisistes. Elle ne corrige jamais ses erreurs. Il est assez rare qu'elle émette spontanément quelques idées; elle suit mal un raisonnement, saute rapidement d'une idée à l'autre; ses réponses sont tardives, courtes, souvent vagues, quelquefois à côté (symptôme de Ganser). L'utilisation d'un certain nombre de tests permet de se rendre compte que les opérations ne mettant en jeu que la mémoire, automatique en quelque sorte, sont rapidement effectuées, tandis que celles qui nécessitent un mécanisme intellectuel plus complexe ne sont pas faites ou le sont très mal et difficilement.

L'attention volontaire est donc diminuée; l'attention spontanée est, au contraire, intacte, paraît même exaltée. R... s'intéresse à tout, court partout où il se passe quelque chose qui a sollicité son attention d'une façon quelconque: un éclat de voix, un bruit, un mouvement anormal. Dans une salle, elle suit du regard tout ce qui se passe et peut-être faut-il voir dans cette curiosité, dans cette absorption par les phénomènes extérieurs, l'origine de l'échokinésie, la représentation motrice n'étant pas inhibée par les centres supérieurs. Parfois en effet, on la voit, après avoir paru regarder attentivement les mouvements d'une per-

sonne, se diriger vers elle et se mettre à l'imiter.

Elle n'a aucun trouble des perceptions ni de l'identification secondaire, reconnaît les objets dont elle donne une définition exacte, les différencie et en indique l'usage avec précision.

La mémoire est bien conservée. L'instruction de la malade n'a été poussée que jusqu'au certificat d'études primaires; or elle ne fait pas de fautes d'orthographe et a des notions élémentaires assez précises qui montrent — soit dit en passant — que son intelligence était auparavant tout à fait normale. Il n'y a pas de grosse lacune dans ses souvenirs, sauf en ce qui concerne la période de début de son affection, et elle se rappelle tous les événements anciens ou récents, d'intérêt personnel ou général, dont elle a eu connaissance. Une courte lecture qu'elle vient de faire est rapidement résumée. Cependant l'évocation est troublée; un nom n'évoque plus dans son esprit un ensemble d'images, mais une ou deux seulement, isolées. Si par exemple on lui parle de la bataille de l'Yser, elle répond qu'il y avait beaucoup d'eau; cependant, en lui posant une série de questions, on s'aperçoit qu'elle a sur cet événement des connaissances d'une certaine précision. Les souvenirs peu organisés sont donc complètement rappelés; ils existent, mais elle les utilise mal, les associations d'idées sont à la fois ralenties, insuffisantes et mal coordonnées.

R... est lucide. Comme cela se voit souvent chez les catatoniques, elle remarque de petits faits qui semblaient lui avoir échappé: une malade réclame devant elle sa sortie; elle ne paraît pas l'avoir entendue, mais, quelque temps après, avisant un carnet de bons, elle écrit sur l'un des feuillets: Bon pour la sortie de Mme Av... (ce fait est en rapport aussi avec sa suggestibilité). Elle sait les noms de toutes les malades, des infirmières, connaît tous les petits potins du quartier. Elle est naturellement fort bien orientée, n'ignore pas qu'elle est à l'asile, séquestrée; elle a même la notion qu'elle est malade. Néanmoins, elle ne s'inquiète pas de sa situation, ne demande jamais sa sortie, — bien qu'elle réclame celle des autres, — se désintéresse de son avenir comme de son passé. Il y a là une dissociation remarquable entre cette lucidité normale pour

ainsi dire, et la conscience incomplète qu'elle a de son état, l'indifférence absolue pour tout ce qui la touche. Elle ne juge pas sa situation. Elle parle objectivement de son existence antérieure, de sa famille, de son ami. Ce sont de purs souvenirs, des états uniquement intellectuels, paraissant aujourd'hui entièrement dépourvus d'émotion. On lui dit: « Supposez que nous venions vous annoncer la mort de votre père »; elle répond, après avoir songé un moment et sur un ton parfaitement calme: « J'aurais beaucoup de chagrin; il me semble que je pleurerais beaucoup. » Puis, après quelques instants, elle ajoute: « C'est vrai, s'il mourait; c'est curieux. Qu'est-ce que je deviendrais? Il a beaucoup de papiers, des titres. S'il me les laissait, je me marierais avec quelqu'un de bien plus riche... Non, au fait, je ne marierais pas, car tout l'argent serait mangé... ».

Elle écrit à son père dans l'espoir, dit-elle, de recevoir de l'argent. Au reçu de la réponse, elle déclare qu'elle n'écrit plus, « ce n'est pas la peine, il n'envoie rien. Quand il n'y a pas d'argent, ce n'est que du papier à brûler. S'il avait envoyé dix francs, j'aurais acheté pour dix francs de chocolat et de confitures, et tout le monde en aurait mangé. »

Il y a là à côté de son indifférence pour les siens, sa vie passée, un curieux sentiment d'altruisme qu'on ne s'attendrait guère à trouver chez une telle malade. Elle nous conjure de guérir toutes les malades, car « elle n'aime pas voir souffrir ni entendre geindre ». Elle veut être à Paris pour la fin de la guerre: « Il y aura une grande fête, tout le monde sera d'accord; plus de batailles, plus de douleurs, rien que la joie et le bonheur pour tout le monde. » A maintes reprises, elle exprime ainsi, sous des formes diverses, son désir de voir heureuses ses compagnes de l'asile et son amour du genre humain. Elle est patriote, et d'une façon très délicate: « C'est bizarre, dit-elle, quand nous l'interrogeons sur la guerre, on ne peut pas croire qu'il y ait des ennemis de la France. » Mais cette lueur s'éteint vite et, poussée un peu sur ce terrain, par une sorte de réaction négativiste, elle crie: « Vivent les Boches! » et nous regarde en riant. On retrouve ici cette tendance à l'ironie, si marquée chez le malade de Leroy et de Genil-Perrin.

Il est intéressant de noter encore chez cette malade une sorte de désir de perfection fréquemment exprimé; elle est coquette, gourmande, bavarde, se trouve si imparfaite; et « voudrait être parfaite pour plaire à tout le monde ». Elle prie qu'on la guérisse de tous ses défauts. Plusieurs fois, elle a exprimé le remords de sa vie passée; elle écrit à son père: « Pourquoi ne pas vous avoir écouté au lieu de gaspiller ma jeunesse, n'avoir jamais atteint le bonheur? Ne m'accusez plus d'indifférence, je suis bien changée, maintenant, et dites-moi si j'ai le droit de vivre une vie saine et honorable, afin de rendre tout le monde heureux autour de moi ».

Ces idées se représentent fréquemment, avec monotonie, et portent l'empreinte du maniérisme et d'un véritable puérilisme mental chez la malade. Elles sont vidées de tout contenu émotionnel, débitées le plus souvent d'une voix tranquille et indifférente, et oubliées l'instant d'après; parfois, cependant, il semble qu'on y perçoive un véritable désir, une émotion fugace, mais réelle.

Elle écrit à sa famille: « J'ai bien souffert; ne me laissez pas, venez me voir. Ce sera pour moi une grande joie ». En outre, elle paraît capable de reconnaissance: elle refuse de changer de dortoir, ne veut pas quitter l'infirmière « qui l'a si bien soignée et à qui elle doit la vie ». Forcée de partir quand même, elle lui promet de revenir la voir tous les jours et de lui porter des gâteaux, et tient parole.

Bien que nous ayons un peu insisté sur ces faits, ils ne sont qu'épisodiques, apparaissant comme des îlots de sentiments sains dans l'indifférence habituelle de R... Quelle est même leur valeur affective? Que contiennent-ils d'émotion réelle? Il est difficile de le dire, mais peu, sans nul doute. Quoi qu'il en soit, ils prouvent que l'affectivité n'est pas entièrement détruite; par moments même, nous l'avons vu, la durée d'un éclair, on croit saisir l'ancienne personnalité de cette malade. Peut-être n'y a-t-il là qu'une éclipse.

Au point de vue somatique, on note une légère inégalité pupillaire en faveur du côté droit, un battement fréquent des paupières, un réflexe oculo-cardiaque exagéré et des réflexes tendineux normaux; toutefois le membre a

tendance à rester en extension après la percuss'ion du tendon. Ajoutons que la malade n'est plus réglée et qu'elle a eu, à son arrivée, une pleurésie sèche avec fièvre assez élevée, respiration saccadée au sommet droit, quelques sibilances disséminées, de l'hypotension artérielle (12-6 au Pachon), des sueurs nocturnes; pas d'inappétence malgré l'hyperthermie, etc... Ce processus tuberculeux a été extrêmement bénin. Notons que l'association de la bacillose à la catatonie et à la démence précoce en général, a été fréquemment observée.

En présentant cette malade à la Société médico-psychologique, le 29 mai 1916, MM. Lwoff et Targowla ont déclaré: « Nous avons employé, pour désigner les symptômes mentaux qu'elle présente, l'expression de « dissociation psychique », afin d'éviter le terme de démence précoce chez un sujet de trente-neuf ans, et qui n'est pas dément au sens que nous donnons habituellement en France à ce mot ».

Voici donc quatre observations de catatonie éminemment suggestives. Nous pourrions en citer d'autres, mais elles ressemblent aux précédentes; elles leur ressemblent assez pour nous dispenser de les reproduire. Rappelons cependant que MM. Courbon et Bauer ont publié, dans les « Annales médico-psychologiques » (février 1924), une observation intitulée « Syndrome non démentiel de catatonie », et dans laquelle on peut noter de l'incohérence des stéréotypies, une négligence de la tenue, du négativisme, des gestes guindés et monotones, de la glougonnerie, du gâtisme, la « salade de mots », etc...

Nous avons trouvé, dans le rapport de M. Claus sur « La Catatonie » une observation très intéressante de Hecker, relative à un pasteur, et dans laquelle

« un des premiers symptômes constatés fut un rire incoercible, convulsif... ». Hecker mentionne, en particulier, le fait que ce pasteur prêcha, un jour, les bras élevés pendant quatre heures.

M. Leroy a également communiqué plusieurs observations de catatonie en insistant, dans l'une d'elles, sur ce fait qu'il s'agissait d'un cas de catatonie et non de démence précoce; dans une autre, il est question d'une jeune fille de 20 ans, atteinte de *symptômes catatoniques purs*.

CHAPITRE IV

Les Rémissions et les Intermittences dans la Catatonie

Un point important de l'histoire de la catatonie est digne d'une mention particulière; nous voulons parler des rémissions qui entrecourent son évolution et qui, quand elles se prolongent d'une manière appréciable, méritent le nom d'intermittences.

Ces rémissions et ces intermittences ne sont pas rares: nous y avons déjà fait allusion à propos de notre première observation de catatonie. Nous rappelons que la catatonie dont notre malade était atteint n'était qu'une succession de crises interrompues par des périodes durant lesquelles il paraissait tout à fait normal.

On trouve dans la littérature des cas semblables. M. Dupré cite, au Congrès de Pau, en 1904, le cas d'une jeune fille qui, après avoir présenté, pendant six mois, un syndrome catatonique typique, vit ses troubles psychiques disparaître totalement durant une année.

MM. Séglas et Logre ont rapporté, à la Société de Psychiâtrie (séance du 16 février 1911), l'observation

d'une malade internée pendant dix mois à Sainte-Anne et qui eut, lors de ce séjour, à deux reprises des rémissions, l'une de deux, l'autre de trois mois environ, au cours desquelles elle était libre, pouvait se promener partout et travailler, Sortie de l'Asile à ce moment, elle put reprendre sa place dans la vie sociale et même faire à la Maternité ses études de sage-femme. Cette période dura vingt mois et peut être considérée comme une intermittence.

Elle eut ensuite un nouvel accès, puis une autre rémission de quatre mois, et, peu de temps après, les troubles morbides se reproduisirent.

La maladie a donc procédé par poussées successives.

On connaît pareillement des exemples de malades qui ont pu, au cours d'une rémission, reprendre leurs études et subir des examens. Certains ont été à même de jouer un rôle important dans la société et cela, parfois pendant un temps très long.

Dans une autre communication, MM. Séglas et Logre ont exposé l'histoire d'une jeune catatonique sortie de leur service après seize mois d'internement. Au moment de sa libération, il n'était plus possible de relever chez elle que quelques légers spasmes des muscles de la face. Elle put, à ce moment, reprendre son état de modiste.

Ces diverses observations n'ont pas seulement l'avantage d'illustrer le mode évolutif de la catatonie; elles militent aussi en faveur de cette idée qu'on ne saurait parler de démence en pareille circonstance.

Elargissant le débat, MM. Régis et Besnard rap-

pellent, dans leur ouvrage sur « La psycho-analyse » que « les psycho-analystes insistent sur les rémissions étranges qui se produisent du jour au lendemain parfois, chez les malades qu'on croyait le plus atteints. A la faveur d'une maladie fébrile, de l'agonie ou même parfois sans raison extérieure, ou sous l'influence d'une cause morale ayant réveillé de lointains souvenirs, un vieux catatonique peut répondre avec une étonnante lucidité, une vieille démente hargneuse et négativiste redevenir soudain affectueuse et raisonnable, un aliéné perdu dans ses stéréotypies retrouver, pour un instant, la plus étonnante précision de langage ».

On admet qu'il subsiste presque toujours, au cours de ces rémissions, quelques signes de chronicité; allures affectées et bizarres, maniérisme, tics, etc...

Les rémissions sont parfois telles que les malades donnent l'impression, non seulement aux profanes, mais même à beaucoup de médecins, d'être totalement guéris. Karl Kahlbaum (1902) dit même qu'il a rencontré, non pas des rémissions, mais des cas de guérison indubitables. M. Claude a également observé des guérisons complètes depuis plusieurs années de catatonie typique avec gâtisme et qui lui paraissent causées par des modifications dynamiques ou des altérations légères, curables, des noyaux de la base.

Comment s'expliquent ces rémissions et ces intermittences? Il est possible, dit M. Claude, que les noyaux gris centraux, au lieu d'être altérés ou détruits par les processus morbides, soient le siège de

troubles circulatoires, ou de modifications lésionnelles. toxiques ou infectieuses, *transitoires*, de phénomènes réflexes inhibiteurs, qui troublent leur fonctionnement d'une façon *temporaire*. « Ces considérations expliqueraient la variabilité des états catatoniques qu'on observe au cours d'autres affections. Dans les cas de syndrome hébéphréno-catatonique post-encéphalitique que nous avons observés et qui, revus après plusieurs années, étaient guéris complètement, les manifestations catatoniques avaient rétrocedé avant la disparition des signes généraux de l'encéphalite ».

CHAPITRE V

LES ÉTATS CATATONIQUES

Le syndrome catatonique peut s'observer dans une foule d'états psychopathiques, nerveux ou autres. Il est le plus souvent réduit, dans ces cas, comme le remarque Séglas, à quelques-uns de ses éléments. Mais il n'en est pas toujours ainsi et parfois le syndrome, par sa netteté et sa persistance, peut soulever de grandes difficultés de diagnostic.

Étudions tout d'abord la catatonie dans la *paralysie générale*. Knecht a décrit deux formes de symptômes catatoniques dans la maladie de Bayle :

a) Dans l'une, ils précèdent les symptômes de la paralysie générale ; on conçoit les difficultés de diagnostic qui surgissent quand le syndrome catatonique devance ainsi la P. G.

b) dans l'autre, c'est dans le cours d'une P. G. typique que survient la catatonie.

Dans certains cas, le syndrome catatonique existe au complet ; mais il en est souvent autrement. La catatonie a été le plus souvent **observée** sous la forme, soit d'excitation, soit de stupeur. Il **existe** un assez grand nombre d'observations relatant chez les paralytiques généraux, des accès de stupeur ca-

tatonique transitoire, soit en rapport avec les ictus, soit à la suite d'intoxication urémique.

Les attitudes cataleptoïdes sont fréquemment signalées, les membres conservant pendant quelque temps la position dans laquelle on les place. La suggestibilité a été plus rarement notée. Un malade de MM. Maillard et Le Maux, non seulement conservait les attitudes qu'on lui faisait prendre, même les poses les plus insolites, mais continuait à répéter, comme certains jouets mécaniques, ces mouvements. Les paralytiques généraux sont souvent dociles et écho-kinétiques. On a également mentionné, chez ces malades, des états de raideur musculaire.

Chez certains P. G., le négativisme est extrêmement accusé: Masselon cite un malade qui résistait à tous les mouvements qu'on voulait lui imprimer, serrait énergiquement les dents lorsqu'on lui présentait des aliments, s'opposant à tout ce qu'on voulait lui faire accomplir, retenant ses urines et ses matières. Les stéréotypies sont fréquentes.

Le syndrome catatonique s'observe d'une manière intégrale surtout chez les paralytiques généraux juvéniles, comme l'a montré Régis. Des exemples de syndrome catatonique complet ont été relatés également par Raymond et Sérieux.

Le diagnostic différentiel est surtout malaisé à faire entre une catatonie simple et une paralysie générale, surtout une P. G. juvénile, avec syndrome catatonique, et les difficultés peuvent être d'autant plus grandes que des éléments d'ordre paralytique, comme le tremblement de la langue et des mains, la

surréflexivité tendineuse, l'inégalité pupillaire, sont susceptibles de faire partie du cortège symptomatique de la catatonie. C'est dans de tels cas que la ponction lombaire est capable de rendre de grands services: si la réaction de Bordet-Wassermann est, par aventure, positive dans les deux cas, le cyto-diagnostic sera positif dans la méningo-encéphalite diffuse et négatif dans la catatonie.

Voici une observation dans laquelle on trouve, à côté des symptômes typiques de P. G. à la période d'état, tous ceux qui ressortissent à la catatonie: attitudes cataleptoïdes, positions incommodes longtemps conservées, stéréotypies de mouvements intéressant les doigts et la face, grognements stéréotypés du langage, négativisme, suggestibilité, pseudo-œdème et refroidissement des extrémités.

OBSERVATION VIII (résumée) (MM. Antheaume et Trepsat)

Théodore, 43 ans, nous est confié le 4 octobre 1916.

Depuis fin 1913, fatigue et diminution de la mémoire. Depuis cinq mois, l'entourage a été frappé par l'irritabilité du malade, ses colères violentes et injustifiées. Ce malade a une dysarthrie très marquée.

On constate un tremblement fibrillaire des lèvres et des muscles de la face, ainsi qu'un léger tremblement des mains. La pupille gauche est déformée; le réflexe lumineux est très paresseux, surtout à gauche. Les réflexes tendineux sont tous exagérés; l'écriture est tremblée.

18 janvier 1917. — Etat de demi-stupeur, le malade parle à peine.

Depuis le mois de mai, on note des symptômes catatoniques tellement marqués qu'à première vue, et sans connaître les antécédents du malade (syphilis avouée), on le

prendrait pour un dément prococe catatonique typique. En effet, il se montre négativiste, ne veut pas rester couché avec sa chemise qu'il enlève constamment. Il résiste aussi quand on veut le mettre dans le bain ou le conduire aux cabinets.

Le malade présente des attitudes cataleptoïdes provoquées, il maintient indéfiniment les jambes étendues quand il est assis, ou les bras dressés en l'air. Quand on le met debout, il garde les bras à demi étendus, et la tête penchée en avant. Il faut le pousser en avant pour lui faire faire les premiers pas, après quoi il se met à marcher d'une façon saccadée et spasmodique, comme un automate mécanique.

Mouvement stéréotypés des doigts, qui consistent à frotter la pulpe des quatre derniers doigts de chaque main contre la pulpe du pouce d'une façon régulière et indéfinie.

Tics de la face, grimaces du côté droit du visage.

Le malade crache constamment, la salive coule au coin de sa bouche. Son facies est inexpressif, indifférent.

Mars 1920. — Pseudo-œdème et refroidissement des extrémités.

Le syndrome catatonique s'observe avec une assez grande fréquence dans la *mélancolie*, spécialement dans la mélancolie avec stupeur. La persistance de ce syndrome est un caractère de pronostic grave. Mais, dans bien des cas, la catatonie disparaît avec l'amélioration de l'état mélancolique. « Il est permis de penser, dit M. Claude, qu'il ne s'agissait alors que d'un trouble fonctionnel des centres régulateurs de la base de l'encéphale ».

OBSERVATION IX (résumée)

(M. Leroy)

Il s'agit d'une femme mélancolique, plongée dans une stupeur complète, qui restait toute la journée assise sur une chaise, inerte, bavant, gâteuse, la tête légèrement

penchée à gauche, les yeux obstinément clos, avec contraction énergique des paupières. Les bras tombaient de chaque côté du corps; les mettait-on sur ses genoux, ils gardaient indéfiniment cette position.

Chez cette malade ont persisté pendant plusieurs mois des phénomènes catatoniques sous forme de *flexibilitas cerea*, les membres supérieurs conservant toutes les attitudes. Il fallait habiller la malade, la déshabiller, la débarbouiller, la peigner. C'était une des malades les plus malpropres du quartier des gâteux.

Jamais aucune parole ne sortait de ses lèvres.

La malade était le plus souvent docile; cependant, elle présentait quelques manifestations négativistes: refus d'aliments par intervalles et surtout fermeture des paupières, ayant amené à plusieurs reprises des conjonctivites par suite de la difficulté à lui nettoyer les yeux.

Kraepelin a constaté la catatonie dans les *états maniaques*: « Il n'est pas rare, déclare-t-il, d'observer chez des maniaques indiscutables, quelques signes apparemment catatoniques, des grimaces, des mouvements bizarres, des chants et des cris monotones, de l'humeur négativiste ».

On a rencontré également le syndrome qui fait l'objet de notre étude dans la *confusion mentale avec stupeur* (Lasègue, Ziehen, Régis). La confusion mentale catatonique a été individualisée sous le nom de *psychose aiguë catatonique autonome* (Morselli, Claude et Rose, Tamburini, Leroy, etc...). L'existence de cette forme clinique de confusion mentale établit, suivant Régis, « que la catatonie appartient aux psychoses infectieuses, aiguës et curables, tout autant qu'à la démence précoce ».

Le syndrome catatonique peut exister dans la *psychose maniaque dépressive* des auteurs allemands

(psychose périodique de Gilbert Ballet): dans ce cas, les phénomènes catatoniques représentent un épisode et ne dominant pas le tableau clinique. Plusieurs auteurs ont signalé des phénomènes catatoniques dans la folie à double forme. Le docteur Paravicini (« Rassegna di Studi Psichiatrici »: janvier 1911) a observé un cas très intéressant dans lequel la psychose maniaque dépressive s'est compliquée de stupeur catatonique (et aussi d'attaques épileptiformes).

Les *délires infectieux* et notamment le *délire typhoïdique* peuvent se compliquer de catatonie. M. Dufour a rencontré trois fois, sur une quarantaine de cas de fièvre typhoïde pris au hasard, un syndrome intimement lié à elle; il l'appelle *syndrome catalep-to-catatonique*. Nous en donnons un exemple:

OBSERVATION X (M. Dufour)

Jeanne G..., âgée de 17 ans, est au milieu du deuxième septenaire de la dothiéntérie. Sa température oscille entre 39° et 40°; les signes pulmonaires sont très intenses. Elle est dans la prostration, mais cependant entend, comprend et répond aux questions qu'on lui pose. Sauf la stupeur, il n'y a pas d'autres manifestations nerveuses s'extériorisant spontanément.

Si l'on soulève un bras et qu'on l'abandonne dans une position, même fatigante à garder, surtout pour une typhique, (demi-extension du bras sur l'épaule, demi-flexion de l'avant-bras sur le bras), il ne retombe pas après qu'on l'a abandonné. Le même phénomène se reproduit de l'autre côté. Il existe également au niveau des membres inférieurs.

Dans la station debout, Jeanne G... prend et garde longtemps (les séances ont été abrégées par suite de l'état général) toutes les attitudes que l'on imprime aux membres, au corps, à la tête, aux paupières (position de la

prière, de l'extase, de la colère, etc...). On a affaire à un mannequin.

Ces mêmes positions ou attitudes sont prises, maintenues ou perdues au commandement. Il suffit de dire à G...: « Levez le bras, tirez la langue », pour qu'aussitôt l'exécution suive l'ordre donné et s'y maintienne. La passivité cérébrale de Jeanne G... est absolue: je lui dis de me suivre à travers la salle, elle me suit, en chemise, malgré ses 39° de température; je lui de se coucher, elle se couche; de rire, elle rit; de pleurer, elle pleure. Je suis obéi aveuglément, sans discernement.

C'est là tout le syndrome de Jeanne G...: flexibilité cireuse, attitude cataleptique provoquée par un ordre ou une position donnée passivement, stupeur. G... n'a pas de délire; elle répond convenablement aux questions; spontanément elle se plaint de tousser.

Cet état dure cinq à six jours et disparaît complètement dès que la fièvre commence à descendre.

G... part en convalescence au Vésinet; elle n'est plus catalepto-catatonique. En me remerciant des soins qui lui ont été donnés, elle déclare qu'elle ne m'en veut pas pour toutes les misères que je lui ai fait subir pendant sa fièvre typhoïde, *misères dont elle a gardé le souvenir exact, mais auxquelles elle était incapable de se soustraire.*

Les antécédents personnels de G... sont simples: aucune manifestation nerveuse antérieure. Rougeole dans le jeune âge; léger ozène depuis trois ans. Ses parents sont bien portants; mais un frère est mort idiot à 26 ans. La mère avait eu, lors de sa première grossesse une attaque d'éclampsie.

La catatonie peut encore coexister avec les *délires exo et auto-toxiques* et surtout avec les *délires urémiques*. Brissaud et Lamy, Dupré et Rabé ont contribué à mettre en relief cette catatonie urémique ou brightique, dont nous aurons à reparler en esquisant la pathogénie du syndrome catatonique. Les attitudes cataleptoïdes, les contractures, les grimaces, les

poses extatiques sont les manifestations les plus habituelles de cette catatonie d'origine néphrétique : « La psychose urémique, dit Régis, ressemble alors absolument à la démence précoce à type catatonique, au point qu'on est en droit de se demander si elle ne se confond pas avec elle ».

Parmi les *psychoses puerpérales*, on peut noter la catatonie; cet état psycho-moteur y est très fréquent. C'est dans les cas où une stupeur, complète parfois au point d'atteindre les limites extrêmes de l'inertie physique et mentale, alterne avec des périodes d'agitation, que la psychose puerpérale peut s'accompagner de négativisme, de suggestibilité, d'attitudes cataleptoïdes.

MM. Vermeyleylen, Nymen et Lamsens ont cité des observations de catatonie au cours de la *ménopause*; il semble qu'au moment du déclin de la vie génitale de la femme, le syndrome catatonique se présente avec quelques caractères spéciaux: suivant ces auteurs, le tableau clinique est plus nettement et plus exclusivement psycho-moteur que dans le syndrome hébéphrénocatatonique, la diminution de l'affectivité paraît moins grande; enfin, les troubles de l'humeur et du caractère sont très importants.

On a mentionné la catatonie dans *l'hystérie*, *l'épilepsie*, *la démence sénile*, *les délires hallucinatoires*, *l'idiotie*.

MM. Janet, Brissaud et Meige l'ont observée dans les *tics* et les *obsessions*. Voici, par exemple, le cas d'une jeune fille de 27 ans qui, ayant appris la mort de sa mère, s' imagine que c'est elle qui l'a tuée. Trois

mois après, elle est plongée dans une stupeur complète, elle présente du mutisme, de la sitiophobie et du gâtisme. Quelques mois après la malade guérit complètement, le retour à la conscience se produit, mais, si elle conserve avec une grande netteté le souvenir de ses scrupules antérieurs, elle n'a, par contre — fait curieux, — aucune notion de sa période de stupeur.

Il n'est pas jusqu'à la *psychose traumatique* qui ne puisse se traduire par de la catatonie: c'est ainsi que M. Murault l'a notée, en 1900, à la suite d'un traumatisme crânien.

La catatonie est aussi une des modalités de ce qu'on appelle la « *psychose pénitentiaire* ». Kutner a montré la possibilité de véritables états catatoniques chez des prisonniers, états qui n'ont rien à voir avec la démence précoce et qui guérissent.

Si, dans la sphère mentale proprement dite, l'état catatonique est d'une extrême fréquence, il n'est pas rare de l'observer dans l'ordre neurologique. Kraepelin a rencontré les troubles caractéristiques de ce syndrome à l'état ébauché, notamment la flexibilité cireuse, chez un *hydrocéphale hémiplegique*, chez des malades atteints d'*abcès cérébral* traumatique avec hypertension. MM. Guillain et Barré les ont notés dans les *hémorragies méningées*. Ils existent aussi dans quelques affections organiques cérébrales: *sypphilis cérébrale*, *tumeurs cérébrales*, etc...

Enfin, la *pathologie vétérinaire* réclame elle aussi la catatonie. Dans un article auquel nous avons fait de nombreux emprunts, M. Claude s'exprime ainsi:

« ... Dans la maladie décrite chez le cheval et chez le bœuf sous le nom d' « immobilité », le tableau clinique est, si nous nous en rapportons, aux faits publiés par M. Besnoit, calqué sur celui de la catatonie : l'animal est immobile, l'œil fixe, insensible aux excitations ; la préhension et la déglutition sont pénibles. L'animal conserve les attitudes anormales qu'on lui donne ; si on le pousse pour le faire avancer, la démarche est hésitante, lourde, automatique et la bête s'arrête quand on ne la stimule plus. A l'autopsie, on a trouvé des lésions d'encéphalite tuberculeuse et de la distension des ventricules. Or, cette distension peut provoquer des troubles du côté des noyaux gris centraux par compression, gêne circulatoire, comme elle en provoque aussi du côté de la voie pyramidale ». Il semble, d'ailleurs, que les distensions ventriculaires puissent, dans certains cas, provoquer chez l'homme des phénomènes catatoniques.

Telle est la longue liste des troubles psychiques ou nerveux avec lesquels peut voisiner le syndrome que Kahlbaum a eu le mérite d'étudier. Encore n'avons-nous pas la prétention d'être complet.

CHAPITRE VI

Diagnostic différentiel de la Catatonie. - Les états pseudo-catatoniques.

Si l'on voulait schématiser l'allure clinique du catatonique, on pourrait déclarer que c'est un malade qui, plongé le plus souvent dans un état de stupeur durant lequel il présente une rigidité musculaire particulière, peut traverser, dans certains cas, des périodes d'excitation.

C'est dire que pour faire le diagnostic différentiel global de ce syndrome, il faut jeter un coup d'œil sur les états de stupeur, sur les états de raideur musculaire et enfin sur les états d'agitation.

A) De tous les états de stupeur, un des plus importants est la *stupeur mélancolique*. Celle-ci est et doit rester indépendante de la catatonie. Elle se caractérise essentiellement par la suspension complète de toute manifestation extérieure d'activité. Les malades sont absolument inertes ; ils ne parlent pas, ne mangent pas, ne font ni un geste ni un mouvement ; leur visage, aux traits douloureusement contractés, reste comme figé dans cette expression. « Ce n'est pas, dit Esquirol, une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui

crie, qui pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible ».

Les mélancoliques stupides adoptent des attitudes qui sont en rapport avec leurs idées délirantes et révèlent habituellement un besoin d'humiliation et de pénitence.

Le diagnostic entre la stupeur catatonique et la stupeur mélancolique est facile quand la lypémanie se traduit par un état de douleur morale évident. Il n'en est plus de même dans ces cas de mélancolie où l'arrêt psychique est tel que le malade ne manifeste plus guère ses réactions douloureuses ou anxieuses. En pareille circonstance, il est utile de tenir compte des signes associés à l'un ou l'autre de ces états. Or, on sait l'importance des troubles viscéraux dans la mélancolie : dyspepsie gastro-intestinale, constipation opiniâtre, ralentissement du pouls et de la respiration, abaissement de la température, etc.

Il est bon de remarquer que le mélancolique est conscient de son état de dépression, tandis que le catatonique ne l'est pas.

La *confusion mentale aiguë stupide* est une confusion mentale dans laquelle l'activité psychique volontaire est entièrement suspendue. Les malades sont en état de mort apparente. Chez eux, comme chez les catatoniques, il n'y a aucune trace d'expression mimique. Dans la stupeur confusionnelle on note, comme dans la stupeur lypémanique, un ralentissement des fonctions organiques et, souvent, de l'hypothermie.

Les *épéleptiques* peuvent tomber parfois dans un

état de stupeur tel qu'ils paraissent étrangers à toute activité, restent indifférents, ne parlent ni ne mangent et qu'ils ont du gâtisme. La caractéristique fondamentale de cette stupeur comitiale, c'est la perte absolue de la conscience.

La *stupeur maniaque* est caractérisée par un ralentissement de tous les mouvements. Les malades parlent à voix basse et lentement, ils hésitent en écrivant: parfois ils s'arrêtent tout court dans leur marche, puis recommencent et n'avancent que péniblement. Leur démarche est lourde, les pas sont petits. Ordinairement, ces malades refusent de se lever et restent des semaines ou des mois au lit. Il faut les forcer à parler, à manger, souvent même à aller à la garde-robe.

On a décrit également une *stupeur hystérique*. Raecke note que, ce qui en fait la particularité, c'est qu'elle est influencée par tous les phénomènes qui se passent au dehors. Une insistance vive permet quelquefois d'y mettre un terme. De plus, cet état de stupeur peut alterner, d'un instant à l'autre, avec l'état normal. Après la disparition de la stupeur, il persiste parfois, pendant longtemps, des façons de faire très niaises.

Enfin il faut mentionner la stupeur des *états infectieux* ou *toxiques*.

B) La raideur des catatoniques doit surtout être distinguée de la *rigidité parkinsonienne* (maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, dans lesquels la rigidité est souvent plus accusée que dans la paralysie agitante). Remar-

quons incidemment que l'amimie des parkinsoniens n'est pas sans analogie avec le facies dénué d'expression des catatoniques. Notons aussi que, si, dans certains cas, la raideur des catatoniques n'intéresse qu'une partie du corps, elle peut, d'autres fois, être généralisée et ressembler alors davantage à celle des parkinsoniens.

Nous avons eu l'occasion de voir, à la consultation de M. le Docteur Souques, un sujet atteint de parkinsonisme post-encéphalitique, qui nous a tellement rappelé le malade de l'observation IV, que nous n'avons pas pu nous empêcher d'établir un rapprochement entre eux. Le malade de M. Souques n'avait pas de tremblement; on sait que ce phénomène est moins fréquent et moins marqué dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique que dans la maladie de Parkinson. On sait aussi que ces malades traversent des phases de mutisme.

On se basera, pour établir le diagnostic, sur les symptômes suivants: l'antépulsion, la latéropulsion et la rétropulsion; le tremblement, quand il existe, car ce tremblement a des caractères bien spéciaux; la tachyphémie paroxystique, que présentent certains parkinsoniens et son équivalent moteur, la kinésie paradoxale; la perte des mouvements automatiques associés, à laquelle M. Souques attache une grande importance, et qu'on peut mettre en évidence, par exemple, par la manœuvre du renversement du tronc en arrière; les phénomènes douloureux qui existent dans certains cas; des troubles particuliers du psychisme et spécialement, ce phénomène sur lequel M.

Claude a insisté, et qui consiste dans le passage très rapide, chez le même sujet, de l'état de dépression à la gaieté et à l'excitation; ce trouble est comparable à la tachyphémie paroxystique et à la kinésie paradoxale.

La rigidité musculaire est aussi un élément important de la *maladie* décrite par *Wilson*, c'est-à-dire de la dégénérescence hépato-lenticulaire. Mais cette raideur a pour caractère particulier d'être progressive, en ce sens qu'elle frappe d'abord les muscles des membres, puis ceux de la face, du tronc, enfin la musculature pharyngée et laryngée, créant ainsi deux symptômes spéciaux: la dysphagie et la dysarthrie qui peut aller jusqu'à l'anarthrie. Cette affection comprend aussi, comme symptômes fondamentaux, un tremblement à type parkinsonien et des mouvements choréo-athétosiques.

C) Il nous reste à examiner les états d'*agitation*. Nous avons déjà vu que c'est l'agitation des *épileptiques* qui ressemble le plus à l'excitation des catatoniques, au point qu'on peut dire qu'il n'y a, entre ces deux états, qu'une différence de degré. Les comitiaux se comportent, durant ces périodes d'exaltation, comme les catatoniques, sauf qu'ils déploient une énergie plus farouche, une frénésie plus grande. L'épileptique en état de fureur ne se connaît plus, il a perdu tout pouvoir frénateur et, les forces décuplées, il brise et frappe tout ce qui est à sa portée; ou bien, comme le catatonique, il cherche à s'enfuir de tous côtés.

Comment reconnaître, dans cette crise de vio-

lence, la marque de la catatonie ou les stigmates du mal caduc? En se basant sur ce fait que cet accès, chez l'épileptique, éclate en général brusquement au sortir de la crise convulsive ou, au maximum, dans les deux ou trois jours qui suivent.

Par contre, l'*excitation maniaque* est toute différente de l'agitation catatonique. La distinction qu'il convient d'établir entre elles peut tenir dans cette formule: tandis que l'excitation maniaque se caractérise par un besoin d'agir, l'agitation catatonique se manifeste par un besoin de mouvements sans but. En effet, si le catatonique, en proie à sa crise d'exaltation, cherche furieusement à quitter sa chambre, opposant à ceux qui cherchent à le maintenir une résistance forcée, ou bien déchire, brise tout ce qu'il trouve, le maniaque, au contraire, se distingue par ses mouvements continuels, son dévergondage incessant d'actes, de gestes, de chants, de cris, de rires, de contorsions; le malade court, saute, danse, gesticule drôlement et ne cesse de vociférer.

Malgré tout, comme le comitial, de même que le catatonique, le maniaque peut parfois se livrer à des actes de destruction, déchirer, renverser tout ce qui lui tombe sous la main.

S'il existe une variété stupide de *confusion mentale*, on en connaît aussi une forme agitée. Malgré l'agitation, la confusion de l'esprit, l'obtusion, la désorientation, c'est-à-dire les éléments essentiels de la maladie, persistent. Cette exaltation est conditionnée par un délire, accompagné d'hallucinations surtout visuelles, souvent terrifiantes. Tantôt le malade s'agite

sans parler, tantôt il parle, il crie, il chante et présente des réactions panophobiques.

Les *paralytiques généraux* peuvent traverser des crises d'agitation à type maniaque, et ce fait, en dehors de l'intérêt qu'il offre au point de vue qui nous occupe, souligne l'importance qui s'attache à la recherche des éléments du syndrome paralytique, dissimulés sous le masque de la manie.

Enfin l'agitation de la *psychose alcoolique aiguë* est chose trop connue pour qu'il soit nécessaire d'en parler longuement. Elle se produit au cours du delirium tremens et se traduit par des cris, des vociférations, une marche incessante.

Nous avons envisagé, dans cette partie du chapitre, le diagnostic différentiel que comportent les manifestations capitales de la catatonie. Il nous paraît utile de montrer que certains éléments de ce syndrome peuvent se retrouver isolément dans quelques états psychopathiques et qu'il ne faut pas se hâter de conclure, quand on les rencontre, à l'existence de la catatonie.

Nous avons vu, par exemple, que les catatoniques, à l'instar des singes, répètent les attitudes dont ils sont spectateurs. Cette échomimie s'observe aussi dans la maladie de Gilles de la Tourette (ou maladie des grands tics).

Les stéréotypies ne sont pas l'apanage de la catatonie. Elles existent aussi dans certains délires systématisés, par exemple dans le délire de persécution. Chez ces délirants chroniques, des gestes, des paroles, des actes, d'abord volontaires et répondant à un

but de libération, le plus souvent contre une idée morbide et surtout contre une hallucination, finissent par se produire automatiquement. Ces malades emploient aussi souvent, comme les catatoniques, des néologismes: il en est ainsi dans le délire de persécution, dans le délire mystique, le délire jaloux, etc... Ce sont des mots bizarres, des expressions singulières par lesquels ils expriment leur délire ou, par exemple, s'il s'agit de persécutés, leurs persécuteurs.

Il n'y a pas que les catatoniques qui refusent de manger: cette sitiophobie est, on le sait, un symptôme important de mélancolie et prend alors son origine dans les idées de ruine, de déshonneur, d'indignité de ces malades. De crainte que leurs aliments ne soient empoisonnés, les persécutés refusent parfois de manger.

Quant au mutisme, c'est une réaction si fréquente parmi les aliénés, qu'il ne saurait être question d'en faire un témoin fidèle du syndrome catatonique. C'est un symptôme qui s'observe, par exemple, chez les mélancoliques, chez les confus, chez les délirants systématisés et notamment chez les persécutés.

La suggestibilité est commune aux catatoniques et aux hystériques.

CHAPITRE VII

ESSAI PATHOGÉNIQUE

Deux interprétations se sont partagé la faveur des médecins pour expliquer le mécanisme des phénomènes catatoniques : les uns leur ont attribué une origine purement psychique, les considérant comme des troubles abouliques ou les rattachant à des idées délirantes ou à des hallucinations, les autres ont incliné vers une explication purement automatique et motrice. C'est à ceux-ci que les recherches anatomo-pathologiques semblent donner raison, puisqu'elles tendent à faire des manifestations catatoniques des troubles neurologiques et localisables.

Au surplus, le côté neurologique de la maladie de Kahlbaum n'avait pas échappé aux premiers observateurs. Roller, en 1884, exprima l'idée que les troubles moteurs de ce syndrome sont déterminés par une action de la zone sous-corticale. Lehman, vers 1898, localisait dans les ganglions de la base du cerveau la lésion dynamique de la catatonie, et allait même jusqu'à attribuer un rôle d'inhibition aux couches optiques et un rôle excitatif au noyau lentillaire. Il comparait les troubles qui composent ce

syndrome aux mouvements involontaires de l'athétose et de la chorée que, déjà, Oppenheim localisait dans les ganglions centraux. Ostermayer est allé plus loin dans cette voie: il énumérait, pour caractériser la catatonie, des signes exclusivement neurologiques: exagération des réflexes et de la contraction idio-musculaire, diminution de l'excitabilité musculaire galvanique, etc...

Kleist tenait les phénomènes catatoniques pour des perturbations dues à des lésions du corps calleux et du lobe frontal.

Les lésions corticales de la catatonie sont connues depuis fort longtemps: Kahlbaum a trouvé, chez sept sujets morts de cette affection, de la congestion avec exsudation de tous les vaisseaux encéphaliques et ramollissement de l'écorce; plus tard, de la rétraction et de l'atrophie du tissu ramolli avec organisation de l'exsudat et aspect louche de l'arachnoïde, particulièrement au niveau de la base.

Des altérations graves des cellules du cortex ont été relevées dans des cas aigus de catatonie par Alzheimer. Nissl a fait des constatations analogues. Dunton a retrouvé les lésions décrites par Alzheimer. Enfin, MM. Klippel et Lhermitte ont repris cette étude et y ont apporté une importante contribution.

Notons tout de suite ce fait que l'écorce cérébrale constitue un centre du tonus musculaire.

Les recherches anatomo-pathologiques récentes ont surtout visé l'étude des lésions de cette zone encéphalique, appelée autrefois à tort « zone muette », c'est-à-dire des noyaux gris centraux. On peut déjà

relever dans la littérature médicale un nombre appréciable d'observations de catatonie dans lesquelles l'autopsie a révélé de telles altérations.

MM. Klippel et Lhermitte ont constaté l'importance des lésions cellulaires dans les corps opto-striés, mais ces lésions seraient, suivant ces auteurs, toujours moins intenses que celles de la corticalité cérébrale.

MM. Laiguel-Lavastine, Trétiakoff et Jorgoulesco, ont rapporté les résultats nécropsiques de trois cas d'hébéphrénocatatonie. Dans une des autopsies, ils ont trouvé :

a) Dans les corps opto-striés (ainsi, d'ailleurs, que dans l'écorce), des « formations particulières, sortes de dépôt de graisses tout autour d'une ou plusieurs cellules nerveuses altérées ».

b) Un large foyer dégénératif englobant la tête du noyau caudé, le tiers antérieur du noyau lenticulaire et les tissus immédiatement adjacents.

Dans une autre autopsie, ces auteurs ont noté une démyélinisation frappant au premier chef le tiers antérieur du putamen et du globus pallidus, ainsi que le genou et le bras antérieur de la capsule interne.

« Les lésions du corps strié, disent-ils, nous ont vivement impressionnés, vu l'importance que l'on attache actuellement aux altérations de cette région dans le genèse de certains troubles du tonus et des mouvements involontaires. Les phénomènes cataleptiques du syndrome de Kahlbaum, tout en ayant une physionomie clinique très particulière, peuvent être

rapprochés, croyons-nous, du vaste groupe des phénomènes moteurs dits « para-pyramidaux », étant donné l'importance des troubles du tonus musculaire, sans doute connexes de ces phénomènes. Nous ne pouvons donc pas nous empêcher de voir, dans la *lésion du noyau caudé et du tiers antérieur du putamen un phénomène en rapport avec les éléments moteurs du syndrome catatonique*. Il serait évidemment nécessaire, pour que notre opinion pût acquiescer une base solide, de constater l'absence d'altérations semblables chez les sujets n'ayant pas présenté de catatonie, en particulier parmi les déments précoces... »

M. Buscaino, s'appuyant sur la fréquence des formes catatoniques de la démence précoce, a étudié les noyaux gris centraux de ses malades. Il y a constaté des lésions dégénératives en plaques qu'il croit d'ordre toxique.

Dans les cas de démence catatonique qui ont pu être étudiés par MM. Dide, Guiraud et Lafage, il existait des lésions des noyaux gris centraux et notamment du pallidum.

Récemment, Joséphy a relaté plusieurs cas de catatonie avec lésions analogues: dans l'un d'eux, il y avait une dégénérescence graisseuse atteignant nettement le striatum mais, par contre, respectant le pallidum. Dans un autre, au contraire, les altérations étaient particulièrement marquées dans le pallidum: diminution très marquée du nombre des cellules, avec dépôts pigmentaires; dépôts très nombreux de

concrétions calcaires dans le pallidum, tout le long des vaisseaux, surtout des capillaires.

L'auteur pense que l'allure plus fortement catatonique de son second malade est due à cette accentuation des lésions sous-corticales. « Ce qui fait la psychose, dit-il, c'est la lésion corticale. La composante sous-corticale tient sous sa dépendance les symptômes organiques, l'aspect neurologique du malade ».

Si, maintenant, laissant de côté la catatonie proprement dite, nous envisagerons les états catatoniques, nous retrouvons dans certains cas ces lésions des noyaux de la base. Elles existent, en effet, fréquemment dans la paralysie générale; différents auteurs ont signalé des altérations dégénératives des cellules, une atrophie des fibres myéliniques, une prolifération névroglie. M. Claude a pu s'assurer de la fréquence de ces désordres anatomiques, par l'étude des cerveaux de dix-huit paralytiques généraux. « Toutefois, dit-il, il n'y a pas de relation, d'après nos constatations, entre le degré des lésions et les symptômes de catatonie. Dans la majorité des cas, alors que les lésions vasculaires et névroglieques étaient très prononcées, la catatonie n'avait pas été observée. Il y a donc lieu de penser que certains éléments nous font défaut encore pour apprécier le mécanisme et la physiologie pathologique du syndrome ».

Il semble bien aussi que, dans les cas de catatonie urémique ou brightique, on puisse mettre en cause la lésion pallidale. M. Claude a étudié un cas de ca-

tatonie typique avec akinésie chez un urémique dont le noyau lenticulaire des deux côtés était rempli de lacunes avec infiltration œdémateuse.

Rappelons aussi que dans « l'immobilité » décrite chez le cheval et chez le bœuf, on a trouvé une distension ventriculaire susceptible de provoquer des troubles du côté des noyaux de la base par compression, gêne circulatoire.

Les phénomènes catatoniques ont été observés au cours de l'encéphalite épidémique ; or, on trouve, dans cette maladie, des lésions de ces organes : altérations cellulaires plus ou moins accentuées, lésions vasculaires très prononcées (infiltration cellulaire intense des gaines lymphatiques des vaisseaux, etc.).

M. Guiraud a constaté, en dehors de la catatonie, tous les éléments de ce syndrome coïncidant avec des lésions de ces noyaux, d'origine encéphalitique ou non. En particulier, il a observé des stéréotypies motrices, de l'écholalie, de l'échopraxie, de la palilalie (qui n'est autre chose qu'une stéréotypie verbale), de la flexibilité cireuse typique avec conservation prolongée des attitudes, du négativisme pour certains groupes musculaires associé à la *flexibilitas cerea* pour d'autres.

Tels sont les arguments anatomiques qui militent en faveur de la localisation des lésions du syndrome catatonique dans les noyaux gris centraux.

D'un autre côté, M. Guiraud se demande avec juste raison si le syndrome catatonique ne doit pas entrer dans le groupe formé par la maladie de Wilson le syndrome de Cécile Vogt, les chorées aiguës ou

chroniques, l'athétose double, la maladie de Parkinson présénile et le syndrome moteur post-encéphalitique, groupe pathologique où l'on voit apparaître les symptômes des noyaux centraux ou de la région sous-optique.

Ces symptômes sont les suivants :

1° La perte de l'harmonie des mouvements d'ensemble.

2° L'hypertonie posturale particulière.

3° Les troubles de l'expression mimique consistant en facies figé, impassible, avec quelquefois passagèrement une expression exagérée (rire ou pleurer).

4° Des mouvements anormaux à type choréique, athétosique, myoclonique ou trépidant parkinsonien.

5° Une tendance à la répétition automatique et souvent accélérée de certains actes (paroles, mouvements) : palilalie de Souques, tachyphémie stéréotypique de Claude, impossibilité pour le parkinsonien de s'arrêter quand il est lancé. Les malades conscients expliquent bien que ces phénomènes sont *involontaires, attirent peu leur attention et sont presque irrésistibles* : « *Je ne sais pas pourquoi je fais cela, ça me pousse* ».

6° Des troubles inconstants d'ordre vaso-moteur, sécrétoire ou trophique, associés aux troubles moteurs : surtout « l'œdème survenant à un ou aux deux membres inférieurs, sans cause connue, sans lésion notamment du cœur et des reins, sans phlé-

bite, sans cachexie. Cet œdème blanc assez dur, persiste quelques semaines ou quelques mois puis disparaît comme il était venu, sans raison apparente » (Souques). MM. Barré et Reys ont insisté sur les œdèmes et les troubles vaso-moteurs post-encéphalitiques.

Or, ajoute M. Guiraud, ces six symptômes cardinaux peuvent expliquer les éléments du syndrome catatonique.

L'exagération des réflexes de posture s'observe avec évidence dans la stéréotypie d'attitude et la catalepsie. Le phénomène du jambier antérieur (MM. Foix et Thévenard) est d'une pureté typique chez les catatoniques. Il consiste en ceci : si, chez un sujet normal, on porte le pied en flexion dorsale et en rotation interne comme si on voulait relâcher les insertions du jambier antérieur, il se produit, au contraire, une contraction de ce muscle dont le tendon se dessine nettement sous la peau et maintient ainsi le pied dans la nouvelle attitude passivement provoquée.

Le phénomène de Maillard (persistance de l'extension de la jambe à la suite de la percussion du tendon rotulien) est du même ordre.

Quel est le mécanisme de la stéréotypie d'attitude et de la catalepsie? Faut-il en faire des phénomènes psychologiques et admettre ainsi, avec les partisans de cette pathogénie, que le malade a la docilité volontaire de conserver l'attitude provoquée, agissant ainsi par sa circonvolution frontale ascendante et son faisceau pyramidal? Doit-on, au contraire, à la

manière de ceux qui penchent vers une interprétation neurologique, considérer qu'il s'agit là de réflexes extra-pyramidaux? Peut-être cette deuxième explication est-elle plus conforme à la réalité; en tout cas, elle cadre avec les constatations qui résultent des travaux expérimentaux de Sherrington sur la rigidité de décérébration: cet auteur a observé, après suppression de l'écorce et du thalamus, des réflexes maintenant les attitudes passivement imposées.

La tendance aux *mouvements fréquents* dans les lésions des noyaux centraux (répétition automatique de certains actes) permet d'expliquer, d'autre part, les stéréotypies verbales et motrices.

*De même que, dans le syndrome parkinsonien consécutif à la névraxite épidémique, la palilalie alterne avec le mutisme, de même, dans la catatonie, les alternatives de stéréotypie verbale et de mutisme sont fréquentes.

*Le maniérisme des catatoniques se retrouve chez les athétosiques, par exemple dans l'acte de tendre la main. Les mouvements parasites qui contribuent à rendre maniérés ces gestes des catatoniques peuvent être rapprochés des manifestations choréo-athétoriques du syndrome nucléaire.

Dans ce syndrome entrent aisément aussi les troubles de l'expression mimique, c'est-à-dire le faciès impassible, les expressions paradoxales en désaccord avec l'idée exprimée ou le sentiment éprouvé, les sourires stéréotypés et le rire explosif. Ces troubles sont la règle chez les pseudo-bulbaires (or, il est fréquent d'observer, chez ces malades, un état

lacunaire des noyaux centraux), chez les encéphalitiques, chez les sujets atteints de la maladie décrite par Kinnier Wilson. De plus, les physiologistes ont localisé depuis longtemps l'expression mimique réflexe dans le corps strié.

« Nous croyons même, ajoute M. Guiraud, que l'écholalie, l'échopraxie, l'échomimie catatoniques peuvent résulter de l'atteinte des noyaux centraux ». Et, plus loin, il déclare: « Un des arguments importants de l'origine sous-corticale du syndrome catatonique nous paraît être la coexistence fréquente des troubles moteurs et des troubles vaso-moteurs, trophiques et sécrétoires dans la démence précoce catatonique. Nous ne pouvons admettre qu'ils résultent de l'immobilité des malades. Dans les quartiers de chroniques, également immobiles et chauffés de la même façon, seuls quelques catatoniques présentent ces troubles... »

Il y a un troisième faisceau de présomptions en faveur de cette conception neurologique du syndrome catatonique: ce syndrome, en effet, et ceux du même groupe échangent souvent certains éléments. MM. Guiraud, Dide et Lafage ont insisté sur le syndrome moteur analogue au parkinsonisme qu'on peut voir dans la catatonie: flexion du corps en avant, bras collés au corps, avant-bras fléchis, hypertonie musculaire, etc... Ces constatations récentes renforcent donc les hypothèses déjà formulées par Strumpell qui, étudiant la catalepsie du nourrisson et de l'enfant en bas âge, l'expliquait par la prépondérance morphologique et fonctionnelle du système

strio-pallidal sur le système cortico-pyramidal.

Ces auteurs ont rapporté à la Réunion Neurologique, en 1921, un certain nombre de cas d'attitude parkinsonienne typique avec soudure modérée et perte des mouvements automatiques associés chez des catatoniques.

On a observé aussi un tremblement parkinsonien à la fin d'une démente catatonique.

La coexistence fréquente du parkinsonisme et du syndrome catatonique doit faire admettre qu'il s'agit de manifestations du même ordre et de localisation probablement voisine. « Ce sont là deux affections qui d'une façon assez analogue... tirent les ficelles du pantin moteur ou psycho-moteur... ».

Aussi bien, la plupart des auteurs considèrent la catatonie comme un groupe de phénomènes dépendant non de la nature mais de la localisation des processus morbides, affectant vraisemblablement la région lenticulo-striée.

Mais nous avons eu en vue jusqu'ici l'étude pathogénique des éléments moteurs du syndrome catatonique. Or, des troubles mentaux (indifférence, inattention, docilité, etc...) coexistent à peu près toujours avec eux. Ce sont précisément ces troubles psychiques qui ont incité certains auteurs à rechercher une explication psychologique des symptômes de la maladie de Kahlbaum. En effet, si le psychisme n'est pas absolument normal dans les autres syndromes de la série des noyaux gris, il est moins atteint que dans la catatonie.

« Pour qu'il y ait catatonie au sens propre du

mot, déclarent MM. Foix et Thévenard, il faut un facteur mental approprié qui permette au malade d'oublier ses membres dans la position où on les lui a mis ».

Ce facteur psychique surajouté aux perturbations motrices, ruine-t-il l'hypothèse rationnelle qu nous avons longuement exposée et qui découle des nombreux faits anatomiques et cliniques auxquels nous avons fait allusion? Nous n'en avons pas l'impression. Sans doute, les altérations corticales constatées à l'autopsie des catatoniques, sont en relation avec les troubles mentaux que présentent ces malades. Mais ne peut-on pas supposer aussi que les lésions striées elles-mêmes les conditionnent jusqu'à un certain point? Il y a bien longtemps que M. Jean Camus a montré que tous les troubles psychiques ne pouvaient être corticaux et qu'il importait de faire une place, en pathologie mentale, à des troubles extra-corticaux. De nombreuses observations sont venues démontrer la justesse des vues de cet auteur.

On connaît, d'autre part, une catégorie de maladies qui frappent par l'association de troubles musculaires et d'anomalies psychiques. Joffroy a décrit ce groupe des « myopsychies », où il faisait entrer la maladie de Parkinson, les chorées aiguës et chroniques, la maladie de Thomsen, la maladie de Friedrich, la maladie des tics, etc...

D'après Orzechowsky, l'invasion des troubles moteurs dans les états psychiques paraîtrait constituer le caractère propre aux lésions du système extra-pyramidal. C'est ainsi, par exemple, que le caractère

fondamental de l'encéphalite léthargique réside dans l'association des troubles moteurs et psychiques qui en fait essentiellement une maladie de la psychomotricité. Les troubles mentaux de l'encéphalite paraissent à M. Naville comme à M. Camus d'origine mésencéphalique, mais non d'origine corticale. Peut-être cette explication est-elle valable aussi pour la catatonie

Il ne s'agit, certes, là que d'une hypothèse séduisante, dont certaines observations peuvent renforcer la valeur, mais qu'il est bien malaisé de vérifier d'une façon péremptoire.

La lumière n'est pas encore faite complètement sur la pathogénie de la catatonie. Mais il est permis d'espérer que, si un faisceau important de cas pouvait être constitué, les conceptions de M. Camus pourraient recevoir un jour une éclatante consécration.

CHAPITRE VIII

La fausse simulation dans la Catatonie

Nous avons dit incidemment, en commentant l'observation IV, que le malade auquel elle a trait avait été considéré comme simulateur, quelques années auparavant, à l'occasion d'un séjour en prison, alors qu'en réalité, il traversait une crise de catatonie analogue aux accès que nous avons eu l'occasion d'observer depuis son internement.

Ce fait n'est pas unique: M. Haury a relaté, en 1914, le cas d'un militaire catatonique qui fut convaincu de simulation de cécité et accusé de simulation de troubles mentaux. Ce malheureux soldat, que ses chefs punissaient continuellement, sans que les sanctions auxquelles ils avaient recours eussent un effet appréciable, et que les médecins s'obstinaient à ne pas reconnaître malade, tout en décrivant minutieusement d'ailleurs les principaux caractères de son affection, ne vit son aliénation mentale diagnostiquée qu'au moment où on jugea bon de le confier à un expert psychiâtre.

C'est l'étrangeté, la bizarrerie des manifestations catatoniques qui donne précisément cette impression

de simulation. Il n'y a pas de pire simulateur que le catatonique. Et, de fait, le diagnostic de la catatonie avec la simulation est un des problèmes les plus difficiles de la médecine légale. Mais la méconnaissance de cette pseudo-simulation risque de faire commettre de regrettables erreurs.

Le « mauvais vouloir » de ces malades est assurément ce qui domine leur maladie: ils refusent de marcher, de répondre, de se nourrir; de là à songer qu'un soldat, par exemple, caresse un but de simulation, il n'y a qu'un pas, et certains le franchissent rapidement.

M. Haury rappelle, en faisant allusion à son malade qui se plaignait de cécité — alors que les ophtalmologistes n'avaient pu déceler, malgré des examens répétés, aucune lésion de l'appareil visuel — que les catatoniques peuvent avoir des préoccupations hypocondriaques, que certains sont des « plaigneurs » qui peuvent même passer pour des neurasthéniques pendant des années et être soignés comme tels.

Cet auteur a signalé aussi d'autres cas de fausse simulation, notamment celui d'un zouave qui, deux jours après son arrivée au corps, était devenu complètement muet; il comprenait et exécutait les ordres, mais avec *mauvaise volonté*, trouvait-on. Mis à l'infirmerie, il continuait à ne pas répondre, refusait toute nourriture; ses camarades, ainsi qu'un sous-officier de son pays qui le connaissait, étaient unanimes à dire qu'il le faisait exprès et qu'il simulait. On le voyait, en effet, à l'infirmerie, refuser de

boire et se cacher pour aller boire tout seul aux lavabos.

On demande une enquête à la gendarmerie; elle lui est absolument défavorable. Tous ceux qui l'ont connu sont du même avis: « Il simule depuis le conseil de révision pour ne pas être soldat ». Tous insistent sur ce qu'il parlait comme tout le monde auparavant; le secrétaire de la mairie de l'endroit raconte que le jeune homme est venu le voir pour lui demander, par gestes, qu'il lui fallait quelque chose. L'autre lui ayant dit que, s'il ne parlait pas, il n'aurait rien, il se décide à dire ce qu'il veut, puis repart « en faisant le muet de nouveau ».

On croit d'autant plus aisément cette histoire de simulation, que G... est un très mauvais sujet, qu'il vient d'être condamné à 15 jours de prison pour outrage public à la pudeur et violation de domicile.

Et pourtant c'était un aliéné!

Il est évident que, dans ce cas, les mauvais renseignements recueillis par les gendarmes, d'une part, et, de l'autre, la scène bizarre qui s'était déroulée à la mairie, faisaient songer à une simulation.

Aussi faut-il, en pareille circonstance, examiner soigneusement les malades, répéter souvent l'examen, attendre l'évolution, avant de conclure et de prononcer le mot de simulation.

C'est un fait bien connu que la simulation de la folie est extrêmement rare. Raynaud dit avec esprit que les observations concernant la simulation de la folie « prouvent justement le contraire de la thèse que l'on prétendait soutenir ». Chavigny déclare que

de tous les cas qui lui ont été soumis sous la rubrique de « folie simulée », les plus nombreux étaient des cas de folie bien authentique qui avaient été simulés en raison des circonstances du milieu. On connaît le mot de Lasègue: « On ne simule bien que ce qu'on a déjà ».

Si le véritable aliéné est un malade chez qui se déroulent sans effort et sans appareil les divers symptômes de la folie, le simulateur est un comédien qui joue un rôle et qui ne peut s'empêcher de charger et de grimacer à faux sous le masque dont il s'est revêtu. Mais cela n'a rien d'absolu: et précisément certains aliénés, en particulier les catatoniques, se livrent souvent pathologiquement à des extravagances; on sait aussi qu'ils font souvent des réponses absurdes, à côté ou à contre-pied. Ces symptômes, joints à leur aspect sournois, en dessous, à leur marche étrange, à leurs gestes équivoques et maniérés, suggèrent l'idée de la simulation. Mais il y a plus: ces malades éclatent de rire à tout propos et sans propos, en regardant leur interlocuteur et presque à sa figure; ils ont absolument l'air de jouer un rôle et de se moquer du monde. Toutes ces manifestations renforcent l'idée d'une imposture.

On voit parfois apparaître la catatonie chez des prévenus, et l'éclosion soudaine de cet état peut évoquer l'idée de supercherie. Elle peut aussi se produire chez des individus qui sont détenus depuis longtemps, constituant alors une des modalités de la psychose pénitentiaire; en pareil cas aussi, l'hypothèse d'une simulation est bien vite envisagée.

Toutes ces considérations appellent d'importantes déductions médico-légales : ces malades — ou plutôt ces sujets qu'on ne croit pas malades — doivent être soumis à l'examen d'un aliéniste compétent ; on ne doit pas prolonger leur séjour à l'armée ou en prison, car ce sont des malades dangereux, capables de voler, de tuer, d'incendier ; dangereux pour autrui, ils le sont aussi pour eux-mêmes, car on note, chez ces malades, des impulsions au suicide. Il faut donc les interner.

Et si l'incurie de ceux qui ont charge de ces individus va jusqu'à l'oubli de l'opportunité d'une expertise psychiatrique, l'irresponsabilité de ces malades sera prononcée s'ils commettent un acte délictueux ou criminel.

Nous adopterons les conclusions de M. Haury, qui déclare :

1° Que les médecins militaires — la catatonie étant fréquente chez les soldats — doivent se souvenir, avant de penser à la simulation, que tout ce qui n'est pas organique peut être mental.

2° Qu'il importe de recourir à l'examen d'un expert aliéniste quand — en milieu militaire — on a affaire à un homme dont la conduite est étrange, en quoi que ce soit.

CONCLUSIONS

1° Les cas de démence précoce communément rencontrés en clinique, sont des cas d'hébéphréno-catatonie, constitués par la fusion, en proportions variables, des syndromes hébéphrénique et catatonique. Mais il existe aussi un syndrome catatonique pur, n'évoluant pas sur un fond démentiel et ne comportant aucun délire. Les cas en sont rares, mais on ne saurait les contester.

2° Si ce syndrome existe parfois à l'état de pureté, il peut aussi se trouver associé à d'autres psychopathies ou à d'autres états nerveux.

3° Il y a, dans l'évolution du syndrome catatonique, des rémissions et des intermittences, qui en imposent parfois, pour des guérisons véritables. On a cependant rapporté des cas de guérison datant de plusieurs années.

4° Les phénomènes catatoniques rappellent, d'une façon remarquable, les manifestations pathologiques qui sont sous la dépendance de lésions des noyaux gris centraux et de la région sous-optique.

5° De fait, le syndrome catatonique apparaît de plus en plus comme le résultat d'altérations portant sur ces régions de l'encéphale.

6° Enfin, en raison de la bizarrerie de leur conduite, de leur manière d'être, les catatoniques peuvent être tenus à tort pour des simulateurs.

Bibliographie

- Antheaume et Trepsat* : Paralyse générale et catatonie.
« Encéphale » (10 mai 1920).
- Arsimoles et Halberstadt* : Les Psychoses pénitenciaires.
« Archives internationales de neurologie » (juin 1914).
- G. Ballet*. — « Traité de pathologie mentale » (1903)
- Barbé et Lévy-Valensi* : Catatonie sans démence ni délire.
« Encéphale » (25 avril 1912).
- Borel*. — « Les conceptions actuelles de la démence précoce ». — « Journal Médical français » (mai 1924)
- Buscaino*. — « Recherches sur l'histologie pathologique et la pathogénie de la démence précoce, de « Pamentia » et des syndromes extra-pyramidaux.
— « Encéphale » (avril 1924).
- J. Camus*. — « Régulation des fonctions psychiques Troubles mentaux par lésions extra-corticales ». —
« Paris Médical » (18 octobre 1924).
- Cellier*. — « Le démembrement de la démence précoce ». —
« La Presse médicale » (19 novembre 1924).
- Christian*. — « L'hébéphrénie ». — « Annales Médico-psychologiques » (1887-1888).
- Claude*. — « Sur la catatonie ». — « Paris médical » (18 octobre 1924).
- Claude, Borel et Robin*. — « Démence précoce, schizophrénie et schizomanie ». — « Encéphale » (mars 1924).
- Claude*. — « Précis des maladies du système nerveux » (1922).
- Claus*. — « Stupeur et catatonie ». — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Bruxelles, 1^{er}-8 août 1903).

Courbon et Bauer. — « Syndrome non démentiel de catatonie ». — « Annales Médico-Psychologiques » (février 1924).

Deny. — « La démence précoce » (Traité de pathologie médicale de Sergent, Ribadeau-Dumas et Balonneix).

Deny et Roy. — « La démence précoce » (1903).

Gelma. — « Les psychoses à éclosion subite de la prison préventive au cours de l'information judiciaire ». — « Annales médico-psychologiques » (février 1924).

Guiraud. — « Conception neurologique et syndrome catatonique ». — « Encéphale » (novembre 1924).

Guiraud et Daussy. — « Syndrome catatonique et lésions des noyaux gris centraux ». — « Annales médico-psychologiques » (février 1924).

Haury. — « La fausse simulation. Un dément précoce catatonique convaincu de simulation de cécité et aussi de simulation de troubles mentaux » — « L'Encéphale » (juillet 1914).

Haury. — « Les anormaux et les malades mentaux au régiment » (1913).

Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas. — « La pratique psychiatrique » (1919).

Laignel-Lavastine, Tretiakoff et Jorgoulesco. — « Lésions du corps strié « plaques cyto-graisseuses » et altérations vasculaires dans trois cas de démence précoce hébéphrénocatatonique. — « Encéphale » (mars 1922).

Lautier. — « Le démembrement de la démence précoce ». — « Annales Médico-Psychologiques » (avril 1924).

Lhermitte. — « Les syndromes physio-pathologiques du corps strié ». — « Paris Médical » (novembre 1920).

Lwoff et Targowla. Dissociation psychique et échopraxie. — « Annales Médico-psychologiques » (29 mai 1916).

- Mairet* et *Margarot*. — « La démence précoce » (1920)
- Masselon*. — « La démence précoce » (1904).
- Padeano*. — « Le syndrome hétérophrénocatatonique dans l'encéphalite épidémique ». — Thèse de Paris (1923).
- Pascal* (Mlle). — « La démence précoce » (1911)
- Régis*. — « Précis de Psychiatrie » (6^e édition 1923).
- Rogues de Fursac*. — « Manuel de Psychiatrie » (6^e édition 1923).
- Santenoi*. — « Essai de diagnostic biologique des états d'excitation et de dépression ». — « Journal médical français » (mai 1924).
- Schiff*. — « Quelques travaux récents sur les lésions du système nerveux central dans la démence précoce catatonique ». — « Encépale » (juillet-août 1924).
- Seglas* et *Chastin*. — « Sur la catatonie ». — « Archives de neurologie » (1887-1888).
- Sérieux*. — « La démence précoce ».

Vu, le Président de thèse,
CLAUDE.

Vu, le Doyen,
M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. APPEL.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
-- LE 23 MARS 1925 --
SUR LES PRESSES DES
ARTISANS IMPRIMEURS
F. LEFÈVRE, DIRECTEUR
25. RUE DE LA MARE, A PARIS (20^e)



